

SLOVO NA ÚVOD



Mgr. Jozef Dermek
editor Lekárskych novín

Pred niekoľkými dňami sa objavili výsledky auditu v nemocniciach, ktoré mnohých šokovali. O obsahu a metodológii auditu sa isto dá polemizovať, no mňa zaujala iná skutočnosť. Hneď sa ozvali tváre, ktoré dlhé roky určovali smerovanie zdravotníctva a sedeli vo významných riadiacich funkciách. Je zvláštne, ako mnohí pozabudli na svoje vlastné účinkovanie a zodpovednosť za súčasný stav. Každý, kto sa aspoň na päť dní zahlbí do fungovania environmentu inštitúcií, firiem, think-tankov, politických strán, lobistov a médií, ihneď vie, kto je kto a ktorí sú či. Diskusia o stave nemocníc preto obsahuje veľa falošných zavádzajúcich tónov. Žongléri s excelovskými dogmami vždy presne vedia, kto je ich, na koho sa útočí a komu sa prepečie aj padajúca omietka, plesnivé steny a dlhé čakacie lehoty na operácie. Hlavné, aby to sypalo do tých správnych vrecák. Našťastie, zdravotníctvo nie je len nudná účtovnícka próza, ale aj skvelí ľudia, ktorí vedia, prečo sa venujú medicíne a pacientom. Najväčšie bohatstvo slovenského zdravotníctva je vo vzdelaných a šikovných lekároch a ostatných pracovníkoch na rôznych postoch. Pacienti naozaj neriešia, kto vedie a prevádzkuje nemocnicu. A lekári zase vedia aj viac, ako chcú povedať. Ak sa zameriavajú na svoju profesiu, študujú a vzdelávajú aj svojich kolegov, isto nemajú energiu na sledovanie celého čínskeho tieňového divadla, ktoré pred našimi očami hrajú už nejaké to desaťročie. Keď už sme načali tie čínske reálie, tak naozaj platí príslovie: „Nie je dôležité, či je mačka čierna alebo biela. Hlavné nech chytá myši.“ Slovenské zdravotníctvo už dlho hľadá podobnú mačku.

Tuberkulóza je liečiteľné ochorenie

Hoci na Slovensku patríme medzi krajiny s nízkym výskytom tuberkulózy, globálne ide stále o závažný zdravotný problém. Na otázky Lekárske noviny odpovedá **Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., univ. profesor, popredný slovenský pneumológ a expert WHO pre tuberkulózu**

Pokračovanie str. 2

PARTNERI NOVÍN



Odborné prílohy sú určené pre vybraných odborníkov



Návratnosť investície do dobre liečenej hypertenzie je vysoká

Analýza manažmentu hypertenzie na Slovensku

strana 7-9

Lenka rodila s pomocou intervenčných angiológov

strana 5

Úspešnosť liečby ovplyvňuje včasná diagnostika

Rakovina pľúc patrí k najrozšírenejším zhubným ochoreniam

strana 4

INZERCA



Svadba
vo
VILE ETELKA

V romantickej Modre,
v Harmónii s prírodou



Tuberkulóza je liečiteľné ochorenie

„Slovensko má veľmi dobre organizovaný systém diagnostiky a liečby tuberkulózy. Disponujeme špecializovanými pracoviskami, skúsenými odborníkmi a prístupom k moderným diagnostickým aj terapeutickým metódam.“ - konštatuje v rozhovore

Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., univ. profesor

Po Druhej svetovej vojne, ešte aj v päťdesiatych rokoch, bola tuberkulóza ochorením, na ktoré umieralo viac ľudí ako na všetky infekčné choroby dohromady. Je TBC naozaj taká stará ako ľudstvo?

Áno, tuberkulóza patrí medzi najstaršie známe infekčné ochorenia. Existujú dôkazy o jej výskyte už v starovekom Egypte a pravdepodobne sa spomína aj v biblických textoch. V minulosti bola známa ako „suchoty“ a najmä v 19. storočí predstavovala jednu z najčastejších príčin úmrtí. Postihovala nielen bežnú populáciu, ale aj významné osobnosti – napríklad Franza Kafku, Frédérica Chopina či Antona Pavloviča Čechova. Tuberkulóza bola dokonca istý čas romantizovaná ako choroba umelcov, čo však nič nemení na tom, že išlo o mimoriadne závažné a smrteľné ochorenie.

Ako sa tuberkulóza liečila pred zavedením antituberkulotík a ako sa lieči dnes?

Pred érou antibiotík bola liečba tuberkulózy veľmi obmedzená. Základom bol pokoj na lôžku, pobyt v sanatóriách – často v horskom prostredí – kvalitná strava a rôzne chirurgické postupy, napríklad kolapsoterapia, pri ktorej sa umelo „vyradila“ časť pľúc. Úspešnosť tejto liečby však bola nízka. Zásadný zlom nastal po objavení antituberkulotík v polovici 20-ého. storočia. Dnes je liečba založená na kombinácii viacerých liekov podávaných približne šesť mesiacov. Pri liekovo rezistentných formách využívame moderné perorálne režimy. Vďaka tomu je dnes väčšina pacientov pri včasnej diagnostike vyliečiteľná.

Na Slovensku sa tuberkulózu podarilo výrazne potlačiť aj vďaka masovému štitkovaniu a očkovaniu, ktoré u nás zrušili v januári roku 2012 kvôli nízkej chorobnosti a komplikáciám. Znamená to, že sa ochorenia zachtávajú neskôr?

Masové skriningové RTG vyšetrenia mali v minulosti veľký význam, pretože pomohli za-

chytiť veľké množstvo ochorení v populácii. S poklesom výskytu tuberkulózy však ich efektívnosť klesala a v súlade s európskymi odporúčaniami sa od nich upustilo. Dnes sa využíva cieľový skrining zameraný na rizikové skupiny a dôraz sa kladie na včasnú diagnostiku u symptomatických pacientov a vyhľadávanie kontaktov. Je pravda, že pri niektorých ochoreniach – nielen TBC – sa môžeme stretnúť s neskorším záchytnom, najmä u sociálne znevýhodnených skupín, ktoré majú horší prístup k zdravotnej starostlivosti.

Aké sú typické príznaky tuberkulózy?

Najčastejším príznakom je dlhodobý kašeľ, ktorý trvá viac ako dva až tri týždne. Môže byť sprevádzaný vykašliavaním hlienu alebo krvi. Ďalšími príznakmi sú:

- zvýšené teploty alebo horúčky, najmä večer,
- nočné potenie,
- chudnutie a strata chuti do jedla,
- únava a slabosť,
- bolesť na hrudníku.

Tieto príznaky by mali byť dôvodom na vyšetrenie u lekára.

Ako sa tuberkulóza šíri?

Tuberkulóza sa prenáša vzdušnou cestou – kvapôčkovou infekciou. To znamená, že sa šíri pri kašli, kýchaní alebo aj pri bežnom rozprávaní človeka s aktívnou pľúcnou formou ochorenia. Jeden neliečený pacient môže počas roka infikovať približne desať až pätnásť ďalších osôb, najmä pri dlhodobom a úzkom kontakte.

Ktoré skupiny obyvateľstva sú najviac ohrozené?

Tuberkulóza je typickým ochorením,



Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc., univ. profesor
(nar. 1966, Bratislava)

Je synom dramatika Jána Soloviča. Štúdium medicíny ukončil v roku 1991 na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave. Po promócií nastúpil do Odborného liečebného ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb, v súčasnosti Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch. Postupne pracoval v pozícii sekundárneho lekára, primára, námestníka riaditeľa pre liečebnopreventívnu starostlivosť, riaditeľa a ordinára pre multirezistentnú tuberkulózu. Je expertom Svetovej zdravotníckej organizácie pre tuberkulózu, pedagógom, ktorý prednáša nielen o boji s tuberkulózu, ale zasučuje budúcich lekárov a sestry do tajov vnútorného a sociálneho lekárstva. V súčasnosti pôsobí opäť ako námestník LPS a zároveň aj primár prvého oddelenia pneumológie a ftizeológie NÚTaPCH Vyšné Hágy. Je vysokoškolským pedagógom na Katolíckej univerzite v Ružomberku a na Lekárskej fakulte Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave.

rením, ktoré úzko súvisí so sociálnymi podmienkami. Najviac postihuje:

- sociálne znevýhodnené skupiny obyvateľstva,
- osoby bez domova,
- ľudí žijúcich v preplnených podmienkach,
- väzenskú populáciu,
- migrantov z krajín s vysokým výskytom tuberkulózy.

Z medicínskeho hľadiska sú rizikovní aj pacienti so zníženou imunitou – napríklad ľudia s HIV infekciou, onkologickí pacienti alebo osoby liečené biologickou terapiou, ako aj starší pacienti.

Ako vyzerá situácia s tuberkulózu u nás – v jednotlivých krajinách, v okolitých štátoch a vo svete?

Slovensko patrí dlhodobo medzi krajiny s nízkou incidenciou tuberkulózy. V roku 2025 bolo

hlásených približne 137 prípadov, čo predstavuje asi 2,5 prípadu na 100 000 obyvateľov. Výskyt však nie je rovnomerný. Vyššia incidencia sa dlhodobo zaznamenáva najmä v niektorých regiónoch východného Slovenska, kde zohrávajú úlohu sociálne determinanty zdravia. V okolitých krajinách je situácia porovnateľná alebo mierne horšia – napríklad v Maďarsku či Poľsku. Výrazne vyšší výskyt tuberkulózy je však vo východnej Európe, najmä na Ukrajine, v Rumunsku či v krajinách bývalého Sovietskeho zväzu. Globálne ide stále o závažný problém – každoročne ochorie približne 10,8 milióna ľudí a viac ako 1,25 milióna pacientov zomiera.

V posledných desaťročiach sa k nám dostalo viac migrantov. Z ktorých krajín prichádzajú pacienti s tuberkulózu a ako to ovplyvňuje situáciu?

Migrácia je jedným z faktorov, ktorý môže ovplyvniť epidemiológiu tuberkulózy, ale je potrebné k nej pristupovať vecne a bez stigmatizácie. Na Slovensku ide skôr o jednotlivé prípady.

Napríklad v minulom roku bolo evidovaných osemnásť pacientov s tuberkulózu ukrajinskej národnosti. Vo všeobecnosti prichádzajú pacienti najmä z kra-

jín s vyšším výskytom tuberkulózy, ako sú Ukrajina, niektoré krajiny východnej Európy alebo Ázie. Dôležité však je, že tieto prípady predstavujú len menšiu časť celkovej počtu pacientov. Väčšina prípadov tuberkulózy na Slovensku vzniká v rámci domácej populácie, najmä v sociálne zraniteľných skupinách. Migrácia teda skôr rozširuje spektrum pacientov, ale nie je dominantným faktorom šírenia ochorenia.

Časom sa vytvorili aj rezistentné kmene baktérií. Aká je úspešnosť liečby v takýchto prípadoch?

Rezistencia na antituberkulotiká predstavuje jednu z najväčších výziev súčasnej medicíny. Hovoríme najmä o multirezistentnej tuberkulóze (MDR-TB) a extenzívne rezistentnej tuberkulóze (XDR-TB). Pri klasickej, liekovo citlivej tuberkulóze je úspešnosť liečby veľmi vysoká – viac ako 85–90%. Pri multirezistentných formách je situácia zložitejšia. V minulosti bola úspešnosť liečby okolo päťdesiat percent, dnes sa vďaka novým liekom a moderným režimom postupne zvyšuje a môže dosahovať približne šesťdesiat až sedemdesiat percent v niektorých centrách aj viac. Liečba je však dlhšia, náročnejšia a finančne nákladnejšia.

Migrácia je jedným z faktorov, ktorý môže ovplyvniť epidemiológiu tuberkulózy, ale je potrebné k nej pristupovať vecne a bez stigmatizácie. Na Slovensku ide skôr o jednotlivé prípady. V minulom roku bolo evidovaných osemnásť pacientov s tuberkulózu ukrajinskej národnosti.

Ako by ste porovnali úroveň liečby tuberkulózy na Slovensku a vo svete?

Slovensko má veľmi dobre organizovaný systém diagnostiky a liečby tuberkulózy. Disponujeme špecializovanými pracoviskami, skúsenými odborníkmi a prístupom k moderným diagnostickým aj terapeutickým metódam. V tomto smere je naša úroveň plne porovnateľná s vyspelými krajinami Európskej únie. Rozdiely sú výrazné najmä globálne – v mnohých rozvojových krajinách je problémom dostupnosť diagnostiky, liekov, ale aj kontinuita liečby. Práve prerušená, alebo nedostatočná liečba je jedným z hlavných dôvodov vzniku rezistencie. Preto boj s tuberkulózou nie je len medicínsky problém, ale aj otázka zdravotných systémov, sociálnych podmienok a globálnej solidarity.

Tuberkulóza je často spojená aj so sociálnym rozmerom. Vnímajú ju pacienti stále ako stigmú?

Áno, stigmatizácia tuberkulózy je stále veľmi aktuálny problém. Mnohí pacienti vnímajú toto ochorenie ako „hanbu“ a obávajú sa reakcie svojho okolia – v rodine, v práci či v komunite. Historicky bola tuberkulóza spájaná s chudobou, zlými sociálnymi



Profesor Solovič na Valnom zhromaždení OSN venovanom problematike tuberkulózy New Yorku s ministrom zdravotníctva Míchalom Palkovičom.

podmienkami či „zanedbaním“, a tento obraz v spoločnosti do určitej miery pretrváva dodnes. To vedie k tomu, že pacienti niekedy odkladajú návštevu lekára alebo sa snažia svoje ťažkosti skrývať. Takéto správanie je však nebezpečné – nielen pre samotného pacienta, ale aj pre jeho okolie, keďže neliečená tuberkulóza je infekčná. Je dôležité zdôrazniť, že tuberkulóza je liečiteľné ochorenie, a pacient by nemal byť stigmatizovaný, ale naopak podporený v tom, aby vyhľadal odbornú pomoc a absolvoval liečbu. Z pohľadu verejného zdravotníctva je preto kľúčové nielen zabezpečiť diagnostiku a liečbu, ale aj aktív-

ne bojovať proti stigme a zvyšovať informovanosť verejnosti.

Na záver – je tuberkulóza dnes ešte hrozbou?

Určite áno. Hoci na Slovensku patrime medzi krajiny s nízkym výskytom tuberkulózy, globálne ide stále o závažný zdravotný problém. Každoročne ochorie viac ako desať miliónov ľudí a viac ako milión pacientov na tuberkulózu zomiera. Preto je dôležité nepoľaviť v úsilí – pokračovať v aktívnom vyhľadávaní prípadov, včasnej diagnostike, liečbe a najmä v práci s rizikovými skupinami obyvateľstva.

Zhovárал sa Peter Valo



Ivan Solovič s otcom, ktorému pri príležitosti 80. narodením udelili ocenenie Zlatý Biavec.

Neskorý záchyt karcinómu pľúc na Slovensku – výzvy pre diagnostiku, skrining a liečbu

Dlhodobý kašeľ, lapanie po dychu už pri bežnej chôdzi, bolesti chrbta či nevy-svetliteľná únava. Príznaky, ktoré mnohí podceňujú, môžu byť tichým signálom jedného z najzákernejších ochorení – rakoviny pľúc. Neskorá diagnostika zásadne limituje terapeutické možnosti a významne zhoršuje prognózu pacientov.

Fajčenie zabíja, no nie je jediným vinníkom

Podľa štatistického vyhodnotenia OECD pre rok 2022 na Slovensku fajčí 15,4% dospelých žien, 26,9% dospelých mužov a 18% mládeže vo veku 15 rokov. Rakovinu pľúc však môže vyvolať aj znečistené ovzdušie, genetické predispozície, vystavenie toxickým látkam (napríklad azbestu) či chronické ochorenia dýchacích ciest. Incidencia ochorenia stúpa po 50. roku života, kedy sa diagnostikuje viac ako 95% prípadov. „Situácia na Slovensku je alarmujúca. Patrime medzi krajiny s najvyšším výskytom karcinómu pľúc,“ upozorňuje MUDr. Lucia Denková z Univerzitnej nemocnice v Bratislave, pričom zdôrazňuje, že skorá diagnostika výrazne zvyšuje šance na prežitie: „Ak človek príde včas, nález nemusí byť rozsudkom, ale diagnózou, s ktorou sa dá úspešne bojovať.“

som by bol celoplošný skrining karcinómu pľúc s potenciálom zachrániť množstvo životov. Slovensko sa však, napriek záväzku Vlády SR, implementácie skriningu rakoviny pľúc stále nedočkalo. Dôvod, prečo Európska respiračná spoločnosť (ERS) odporúča implementovať plošný skriningový program sú medzinárodné skúsenosti a výskum z krajín, v ktorých pľúcny skrining už prebieha. Tieto dáta ukazujú jasný smer – zníženie mortality na karcinóm pľúc až o 20–24%.

Nové horizonty liečby

Dobrou správou je, že dostupnosť moderných liečebných metód sa z roka na rok zlepšuje. Zásadný pokrok v onkológii predstavuje tzv. **personalizovaná medicína** kedy sa liečba prispôbuje špecifickým charakteristikám nádoru. Tento prístup umožňuje

vybrať najefektívnejšiu terapiu pre konkrétneho pacienta a minimalizovať zbytočné vedľajšie účinky. „Imunoterapia v prípade liečby pokročilého karcinómu pľúc aktivuje imunitný systém pacienta, aby dokázal nádor sám rozpoznať a zničiť,“ vysvetľuje MUDr. Denková. „Vďaka tomu dnes dokážu pacienti s metastatickým ochorením žiť kvalitne aj niekoľko rokov, čo bolo ešte pred dekadou nepredstaviteľné.“

Boj so systémom

Na ceste k uzdraveniu slovenských pacientov stále stoja systémové bariéry. Nedostatok pneumológov, zdĺhavé čakacie doby a komplikovaná administratíva spôsobujú, že od prvých príznakov po začatie liečby uplynie často aj niekoľko mesiacov. „Vo vyspelých krajinách je to približne 30 až 50 dní.“ hodnotí pre-

- v roku 2024 bol karcinóm priedušnice, priedušiek a pľúc štvrtým najčastejšie diagnostikovaným nádorovým ochorením v populácii SR
- každoročne sa diagnostikuje približne 1500 prípadov u mužov a 1000 prípadov u žien
- ročne sa zaznamená približne 2000 úmrtí na túto diagnózu
- takmer 50 % prípadov je diagnostikovaných v IV. klinickom štádiu, kedy už prognóza pre pacientov nie je veľmi priaznivá
- len približne 15 % prípadov je diagnostikovaných v I. a II. klinickom štádiu
- 40% pacientov s karcinómom pľúc preživa 1 rok od diagnostiky, 20% pacientov 3 roky od diagnostiky a menej ako 20% pacientov 5 rokov (zdroj: NCZI)

zidentka patientskej organizácie **NIE RAKOVINE** Ing. Jana Pifflová Španková, ktorá denne bojuje za systémové zmeny – od dostupnosti inovatívnych liekov až po zlepšenie komunikácie medzi lekármi a pacientmi. „Žiaden pacient s rakovinou nemá toľko času. Našou úlohou je nielen pomáhať chorým, ale aj tlačiť na systém, aby bol skrining realitou a aby sa diagnóza nerovnalá rozsudku.“

NIE RAKOVINE, o. z. stojí pri pacientoch

Pacientska organizácia NIE RAKOVINE pomáha pacientom a ich rodinám prostredníctvom

bezplatnej infolinky 0800 800 183, ako aj v šiestich patientskych poradniach po celom Slovensku, kde vyškolení poradcovia – s osobnou skúsenosťou s rakovinou – poskytujú sociálne poradenstvo a psychickú podporu. „Záleží nám, aby sa nikto, kto čelí rakovine, necítil sám. Pacienti potrebujú nielen liečbu, ale aj porozumenie a istotu, že v tom nie sú sami,“ hovorí Ing. Jana Pifflová Španková.

Dôležitou súčasťou pomoci je aj bezplatná infolinka a online poradňa, prostredníctvom ktorej môžu pacienti anonymne a bezplatne konzultovať svoje otázky s odborníkmi. Na mnohé z nich osobne odpovedá MUDr. Lucia Denková, odborníčka na karcinóm pľúc, ktorá pacientom pomáha zorientovať sa v možnostiach liečby, vysvetľuje medicínske pojmy a dodáva odvalu v aj v tých najťažších chvíľach.

RAKOVINA PĽÚC BY BOLA LEPŠIE LIEČITEĽNÁ, KEBY:

- sa fajčiari (aj bývalí fajčiari) bez príznakov vo veku 50-75 rokov zúčastňovali skriningového programu
- pacienti nepodceňovali príznaky ochorenia, navštívili lekára včas, nie až v neoperovateľných štádiách
- sa karcinóm nezachytil často náhodne, napríklad v rámci predoperačných vyšetrení

Nádej v skriningu

Odborníci sa zhodujú, že včasné odhalenie v I. a II. štádiu dáva šancu na vyliečenie v rozsahu 80% až 95%. Obrovským prino-

Úspešnosť liečby ovplyvňuje včasná diagnostika

Rakovina pľúc patrí k najrozšírenejším zhubným ochoreniam

Aktuálna globálna incidencia karcinómu pľúc je 1,35 milióna prípadov ročne, počet úmrtí je ročne 1,18 milióna a je to 20–25% zo všetkých úmrtí v dôsledku malígnych ochorení globálne. Každodenne na celom svete umiera na karcinóm pľúc viac ako 3000 ľudí, v Európe tejto chorobe denne podľahne asi 940 ľudí, čo je ročne viac ako 340 000. V súčasnosti rastie výskyt karcinómu pľúc aj u nikdy nefajčiacich osôb.

Na Slovensku je každoročne diagnostikovaných viac ako 2000 nových prípadov rakoviny pľúc a patrí preto na prvé tri priečky najrozšírenejších zhubných ochorení v populácii a zároveň medzi tri najčastejšie príčiny úmrtí. Počet úmrtí nepriaznivo ovplyvňuje aj fakt, že až tri štvrtiny pacientov prichádzajú k lekárovi neskoro v štádiu pokročilého ochorenia.

Nádory pľúc môžu vyrastať zo všetkých pľúcnych štruktúr (z priedušiek, pľúcneho tkaniva, cievy). V neskoršom štádiu už zvyčajne nemožno zistiť miesto ich pôvodného vzniku. Rozdeľujeme ich na malígne (zhubné) a benígne (nezhubné). Najčastejším malígnym nádorom je rakovina pľúc (histologicky bronchogénny karcinóm). Sú dva základné typy karcinómu pľúc - malobunkový a nemalobunkový karcinóm. Každý z týchto dvoch druhov sa odlišne biologicky správa, „rozrastá“ sa iným spôsobom a je tiež iným spôsobom liečený. Nemalobunkový karcinóm sa vyskytuje omnoho častejšie, pomaly sa rozrastá aj šíri. Je najčastejšou rakovinou pľúc, tvorí až 80% všetkých prípadov. Malobunkový karcinóm je menej častý, rastie rýchlejšie a taktiež sa častejšie šíri do okolitých orgánov. Považuje sa za agresívnejší typ nádoru, tvorí 15 - 20% všetkých prípadov.

Nádorový proces

Každý bunke v tele je určené prostredníctvom genetickej informácie, či a ako sa má deliť a migrovať v tele. Narušením genetickej informácie – mutáciou DNA - dôjde k neriadenej deleni buniek. V každom organizme sa neustále nachádza určité množstvo buniek s narušeným genetickým kódom, avšak obranný imunitný systém dokáže tieto zmenené bunky likvidovať. Problém nastáva práve pri poruche imunitného systému alebo pri veľkom množstve narušených buniek, kedy už organizmus ich lik-

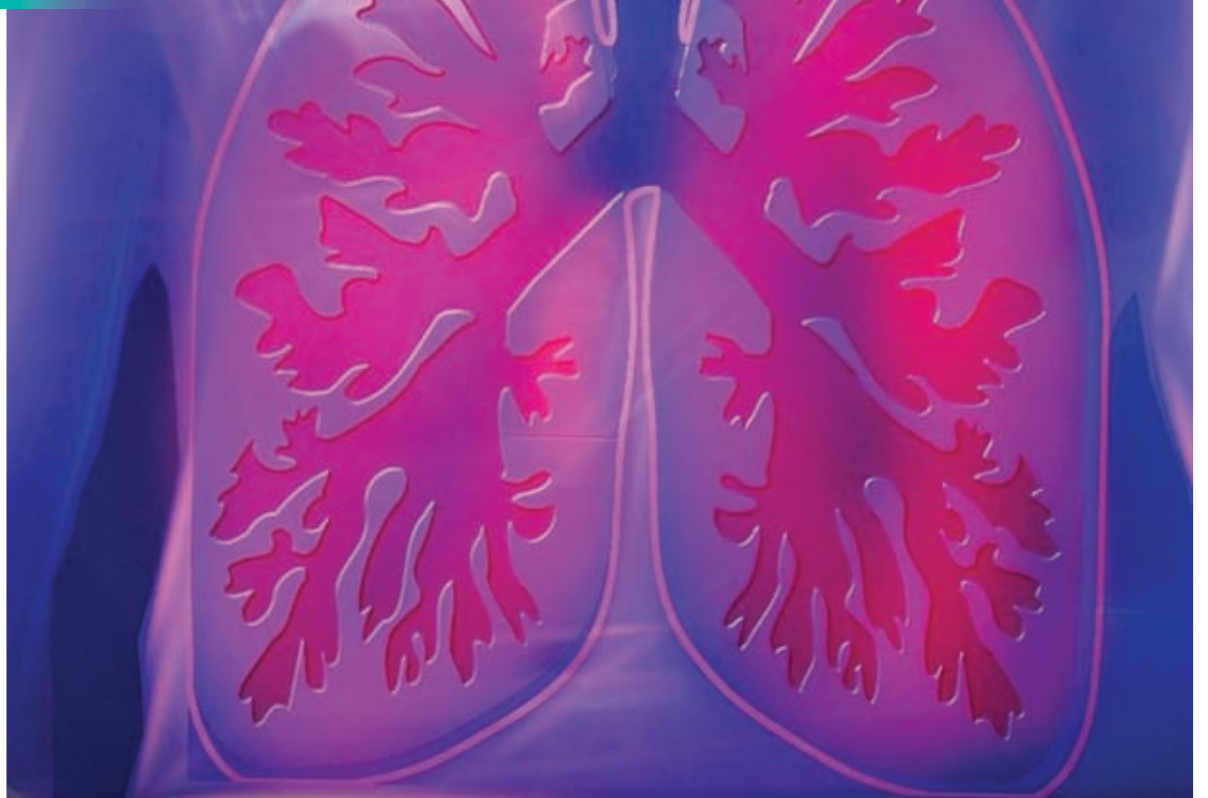
vidáciu nezvláda. Malígne nádory prerastajú do okolitých tkanív a orgánov, šíria sa ďalej do organizmu a spôsobujú vznik sekundárnych nádorových ložísk – metastáz. Ak sa včas toto ochorenie nelieči, je väčšinou smrteľné.

Rizikové faktory

Najdôležitejším rizikovým faktorom rakoviny pľúc je fajčenie. Tabak obsahuje viac ako 2 500 jedovatých látok a ešte oveľa viac ich bolo identifikovaných v tabakovom dyme. Aktívne fajčenie zvyšuje približne trojnásobne riziko vzniku rakoviny pľúc v porovnaní s nefajčiarimi rovnakého veku.

Ďalšími rizikovými faktormi sú nesprávna životospráva (zlé stravovacie návyky, nedostatok pohybu a podobne), genetické predpoklady ochorieť na rakovinu pľúc (majú ich 2–3krát vyššie ľudia, ktorých rodičia mali rakovinu pľúc), pohyb v prašnom a znečistenom životnom prostredí (výfukové plyny, vdychovanie chemikálií, prašnosť – tu sú rizikové napríklad robotnícke povolania, konštrukčné práce, práca v chemickom i banskom priemysle). Rizikovým faktorom sú tiež chronické ochorenia dýchacích ciest (ako napríklad chronická obštrukčná choroba pľúc, idiopatická pľúcna fibróza, tuberkulóza) ale tiež aj stres (počas stresu sa zvyšuje hladina hormónu kortizolu aj produkcia cytokínov, ktoré patria medzi hlavné mediátory zápalovej reakcie a chronický zápal môže byť predispozíciou pre nádorový proces) a takisto aj depresie (podľa niektorých štúdií majú ľudia s depesiou 2 až 3 krát väčšiu pravdepodobnosť ochorieť na rakovinu - významnými faktormi boli najmä pocit beznádeje, smútku a potlačenie negatívnych emócií).

Existujú dva hlavné typy rakoviny pľúc: nemalobunkový karcinóm pľúc (NSCLC) - najbežnejší a často zistený v prvom alebo druhom štádiu a malobunkový karcinóm pľúc (SCLC) – agresívnejší často diagnostikovaný v treťom a vyššom štádiu ochorenia. Štádiá ochorenia sa pohybujú od štádia 1 (lokalizované) po štádium 4 (rozšírené metastázy). Pokročilé alebo konečné príznaky rakoviny pľúc môžu zahŕňať silnú bolesť na hrudníku, ťažkosti s dýchaním a stratu hmotnosti. Zatiaľ čo štádium 5 rakoviny pľúc nie je uznávanou klasifikáciou, štádium 4 znamená najpokročilejšie štádium.



Príznaky ochorenia

Bežné počiatkové príznaky a príznaky rakoviny pľúc sú podľa frekvencie výskytu kašeľ (8–75%), strata hmotnosti (0–68%), dýchavica (3–60%), bolesť na hrudníku (20–49%), vykašľovanie s prímiesou krvi (6–35%), bolesť kostí (6–25%), kĺbov (0–20%), horúčka (0–20%), slabosť (0–10%), obštrukcia hornej dutej žily (0–4%), bolestivé prehĺtanie (0–2%), dýchavica a „hvízdavý“ zvuk pri dýchaní.

Diagnostika a liečba

Prvým vyšetrením pri diagnostike nádoru pľúc (po klinickom vyšetrení) je röntgen pľúc. Nádory sú často na ňom dobre viditeľné, hoci nie je známy typ nádoru ani jeho prípadná zhubnosť.

Pri podozrivom náleze pri röntgene zvyčajne nasleduje počítačová tomografia (CT), ktorá poskytuje podrobnejší obraz a pre detekciu nádorov je citlivejšia. CT odhalí aj malé nádory, preukáže tiež prípadné postihnutie lymfa-

tických uzlín, pohrudnice, pečene, nadobličiek a kostí metastázami).

Ďalšou metódou zobrazovacieho vyšetrenia je magnetická rezonancia (MRI), využíva sa pri postihnutí centrálného nervového systému metastázami. Využitím silného magnetického poľa dokáže vytvoriť presný obraz nádoru a rôznych okolitých tkanív.

Pozitronová emisná tomografia v kombinácii s CT (PET-CT) detekuje miesta matabolickej aktivity nádoru v tele. Využíva sa



Občianske združenie NIE RAKOVINE stojí pri pacientoch. Zľava: prezidentka o.z. NIE RAKOVINE Ing. Jana Pífflová Španková, prof. MUDr. Ing. Miroslav Janík, PhD. a MUDr. Lucia Denková.

pri zvažovaní operability nádoru pľúc. Pre potvrdenie a určenie konkrétneho typu rakoviny pľúc je potrebné získať vzorky nádoru pľúc - cytologie a biopsie.

Je možné získať ich zo spúta, bronchoskopicky (endoskopická metóda vyšetrenia dolných dýchacích ciest), ihlovými odbermi pod ultrasonografickou alebo CT kontrolou, z bronchoalveolárných laváží, pleurálnej tekutiny, prípadne chirurgicky.

Získané vzorky nádoru vyšetruje patológ, ktorý stanoví diagnózu. Získané vzorky tkaniva sa najmä pri adenokarcinómoch analyzujú tiež imunohistochemicky a geneticky v snahe o detekciu genetických zmien, ktoré sú zodpovedné za nádorový rast, alebo o detekciu proteínu PD-L1, ktorý je zodpovedný za únik rakoviny z imunitného dozoru.

Proces od diagnózy po liečbu musí byť čo najrýchlejší a najkratší. Základnou podmienkou pre liečbu musí byť diagnóza potvrdená histologickým (z nádorového tkaniva) alebo aspoň cytologickým (zo steru sliznice pri bronchoskopii) vyšetrením. Štádium (rozsa) sa stanovuje podľa nálezu pri zobrazovacích vyšetreniach (CT, MRI, PET-CT). Čoraz väčší význam majú genetické vyšetrenia a molekulová biológia. Práve potvrdenie rôznych špecifických mutácií je nevyhnutné pre výber cielenej liečby, personalizovanej medicíny.

U pacientov diagnostikovaných v 1. alebo 2. štádiu je často prvou líniou liečby operácia. Pokroky ako roboticky asistovaná chirurgia umožňujú presné odstránenie nádorov. Rakovina pľúc štádia 1 môže vyžadovať odstránenie iba časti pľúc, zatiaľ čo rakovina pľúc štádia 2 môže zahŕňať rozsiahlejšiu operáciu.

Pokročilejšie neoperovateľné klinické štádiá, ktorých je žiaľ väčšina, sa liečia systémovo. Na výber podľa špecifik nádoru a stavu pacienta je chemoterapia, imunoterapia, kombinácia imunoterapie s chemoterapiou a cieľená liečba. V niektorých prípadoch je potrebná aj kombinácia s rádioterapiou. Liečenie ožiarением sa často používa na zameranie nádorov, ktoré nemožno chirurgicky odstrániť. Inovácie ako protónová terapia, ktorá šetrí zdravé tkanivá, zlepšili výsledky u mnohých pacientov. Toto je obzvlášť dôležité v pokročilých štádiách, ako je rakovina pľúc v 3. štádiu.

Chemoterapia sa bežne používa v spojení s inými spôsobmi liečby na zabíjanie rakovinových buniek v celom tele. Zostáva základným kameňom liečby rakoviny pľúc v 2. a 3. štádiu. Imunoterapia pomáha imunitnému systému rozpoznať a napadnúť rakovinové bunky, čím poskytuje novú nádej pacientom v pokročilých štádiách. Cielene terapie sa zameriavajú na špecifické genetické mutácie na inhibíciu rastu rakovinových buniek.

Na MAPE POMOCI
nájdete **795 odborných ambulancií**, kde Vám pomôžu

Prevenícia

Pochopenie toho, čo spôsobuje rakovinu pľúc, je kľúčom k prevencii. Hlavnou príčinou zostáva fajčenie, hoci vystavenie pasívnemu fajčeniu, radónu, azbestu a určitým chemikáliám tiež zvyšuje rizikové faktory rakoviny pľúc.

Na prevenciu rakoviny pľúc je dôležité vyhnúť sa fajčeniu a obmedziť vystavenie karcinogénom. Pravidelný skrining u vysokorizikových jedincov, ako sú ľudia s ťažkou fajčiarskou anamnézou, môže pomôcť odhaliť skoré príznaky rakoviny pľúc ešte pred progresiou ochorenia.

Rakovina pľúc je komplexné ochorenie, ale s pokrokom v liečbe sa prognóza mnohých pacientov zlepšila. Včasná detekcia, najmä v štádiu 1 alebo štádiu 2, ponúka najlepšie výsledky a multidisciplinárny prístup zaisťuje, že každý pacient dostane plán liečby šitý na mieru.

INZERCIA

TAGRISSO®

Prináša významný benefit naprieč štádiami EGFRm NSCLC^{1-5,7-9}

FLAURA

Liečba prvej línie u dospelých pacientov s lokálne pokročilým alebo metastatickým NSCLC s aktivujúcimi mutáciami EGFR¹

18,9
mesiaca mPFS²

HRADENÁ LIEČBA
od 1. JÚNA 2025¹⁰

FLAURA2

Liečba v kombinácii s pemetrexedom a chemoterapiou na báze platíny na liečbu prvej línie u dospelých pacientov s pokročilým NSCLC, ktorých nádory vykazujú delécie exónu 19 alebo substitučné mutácie exónu 21 (L858R) receptora EGFR¹

29,4
mesiaca mPFS³ (podľa BICR)

ADAURA

Adjuvantná liečba po úplnej resekcii nádoru u dospelých pacientov s NSCLC štádia IB-IIIa, ktorých nádory vykazujú delécie exónu 19 alebo substitučné mutácie exónu 21 (L858R) receptora epidermálneho rastového faktora (EGFR)¹

65,8
mesiaca mDFS⁴

HRADENÁ LIEČBA
od 1. JÚNA 2025¹¹

AURA3

Liečba dospelých pacientov s lokálne pokročilým alebo metastatickým NSCLC s pozitívnou mutáciou EGFR T790M¹

10,1
mesiaca mPFS⁷

HRADENÁ LIEČBA⁹

LAURA

Liečba dospelých pacientov s lokálne pokročilým, nerezekovateľným NSCLC, ktorých nádory vykazujú delécie exónu 19 alebo substitučné mutácie exónu 21 (L858R) receptora EGFR a ktorých ochorenie neprogredovalo počas chemoradiačnej liečby na báze platíny alebo po nej¹

39,1
mesiaca mPFS⁹

Bezpečnosť

- Väčšina nežiaducich účinkov pozorovaných pri TAGRISSO® bola **mierna až stredne závažná** a bola konzistentná s bezpečnostným profilom iných EGFR TKI.¹⁻⁷
- Bezpečnostný profil v skupine (štúdia FLAURA2) TAGRISSO® + chemoterapia zodpovedal stanoveným bezpečnostným profilom jednotlivých liekov.^{1,2,4,6-8}

BICR = zaslepené nezávislé centrálné hodnotenie; **DFS** = prežívanie bez ochorenia; **EGFRm** = mutácia receptora pre epidermálny rastový faktor; **EGFR-TKI** = inhibitor tyrozínkinázy receptora pre epidermálny rastový faktor; **NSCLC** = nemalobunkový karcinóm pľúc; **OS** = celkové prežitie; **PFS** = prežitie bez progresie ochorenia; **TKI** = inhibitor tyrozínkinázy.

REFERENCIE: 1. SPC lieku TAGRISSO [online]. SÚKL. www.sukl.sk, navštívené 02/2025. 2. Soría JC, Ohe Y, Vansteenkiste J, et al: FLAURA Investigators. Osimertinib in untreated EGFR mutated advanced non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2018;378(2):113-125. 3. Ramalingam SS, Vansteenkiste J, Planchard D, et al: FLAURA Investigators. Overall survival with osimertinib in untreated, EGFR mutated advanced NSCLC. N Engl J Med. 2020;382(1):41-50. 4. Herbst RS, Wu Y-L, John T, et al: Adjuvant Osimertinib for Resected EGFR-Mutated Stage IB-IIIa Non-Small-Cell Lung Cancer: Updated Results From the Phase III Randomized ADAURA Trial. J Clin Oncol. 2023;41:1830-1840. 5. Tsuboi M, Herbst RS, John T, et al: Overall Survival with Osimertinib in Resected EGFR-Mutated NSCLC. N Engl J Med. 2023 [online ahead of print]. DOI: 10.1056/NEJMoa2304694. 6. S15078-2022-OKCHL-21868_AIP [online]. Ministerstvo zdravotníctva [15. 4. 2022]. Dostupné na: www.kategorizacia.mzsr.sk. 7. Mok Tony S, et al: Osimertinib or Platinum-Pemetrexed in EGFR T790M-Positive Lung Cancer. N. Engl. J. Med. 376, 629-640 (2017). 8. Planchard David et al: Osimertinib with or without Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC. N. Engl. J. Med. 389, 1935-1948 (2023). 9. Lu, S, et al: Osimertinib after Chemoradiotherapy in Stage III EGFR-Mutated NSCLC. N. Engl. J. Med. 391, 585-597 (2024). 10. Lu, S, et al: Osimertinib after definitive chemoradiotherapy in unresectable stage III epidermal growth factor receptor-mutated non-small-cell lung cancer: analyses of central nervous system efficacy and distant progression from the phase III LAURA study. Ann. Oncol. 35, 1116-1125 (2024).



Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať lieky a osobám oprávneným vydávať lieky. Vydaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. Pred predpísaním si prosím preštudujte informáciu o lieku. Úplná informácia o lieku je k dispozícii v Súhrne charakteristických vlastností lieku dostupnom na www.sukl.sk, na adrese: AstraZeneca AB o.z., Nivy Tower, Mlynské Nivy 5, 821 09 Bratislava, telefón: +421 257 377 777, na stránke www.ema.europa.eu/sk/documents/product-information/tagrisso-epar-product-information_sk.pdf alebo ju získate po oskosení tohto QR kódu:

AstraZeneca AB o.z.
Nivy Tower, Mlynské Nivy 5, 821 09 Bratislava | Dátum prípravy: 05/2025 | SK-2965

Predpisovanie liekov sestrou na diaľku a legislatívna zmena od 1.4.2026

Predpisovanie liekov patrí medzi základné úkony poskytovania zdravotnej starostlivosti a je detailne regulované právnymi predpismi. Tie určujú, kto je oprávnený liek indikovať, kto ho môže predpísať a aké podmienky musia byť pri tomto procese splnené. Zavedenie telemedicíny do právneho poriadku prinieslo nové možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti na diaľku, vrátane elektronického predpisovania liekov. Zároveň však otvorilo otázku, či a v akom rozsahu sa na predpisovaní liekov môže podieľať aj sestra. Od 1. apríla 2026 navyše došlo k zmene právnej úpravy, ktorá túto problematiku spresňuje.

Telemedicína ako nová forma poskytovania zdravotnej starostlivosti

Rozvoj digitálnych technológií postupne preniká aj do zdravotníctva. Jedným z jeho prejavov je telemedicína, ktorá umožňuje poskytovať zdravotnú starostlivosť prostredníctvom informačných a komunikačných technológií bez fyzickej prítomnosti pacienta v ambulancii. Telemedicína zahŕňa najmä telekonzultácie, videokonzultácie, monitorovanie zdravotného stavu na diaľku či podporu rozhodovania o liečbe.

Zakotvenie telemedicíny do právneho poriadku predstavuje významný krok smerom k modernizácii zdravotnej starostlivosti. Umožňuje flexibilnejšiu komunikáciu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom, zjednodušuje sledovanie liečby a v určitých situáciách umožňuje aj predpisovanie liekov prostredníctvom elektronickej komunikácie. Práve táto možnosť má významný praktický dopad najmä pri opakovanom predpisovaní liekov u pacientov, ktorí sú dlhodobo liečení a ktorých zdravotný stav nevyžaduje vždy osobnú návštevu ambulancie.



INZERCIA

Predpisovanie liekov na diaľku podľa právnej úpravy do 1.4.2026

Právna úprava telemedicíny umožňuje, aby zdravotnícky pracovník po overení totožnosti pacienta poskytol konzultáciu prostredníctvom elektronickej komunikácie. V rámci tejto formy poskytovania zdravotnej starostlivosti je možné aj opakovane predpísať lieky, dietetické potraviny alebo zdravotnícke pomôcky bez fyzickej prítomnosti pacienta v ambulancii.

Podľa právnej úpravy účinnej do 1. apríla 2026 môže takýto predpis na diaľku vykonať nielen lekár, ale ustanovenie hovorí aj o možnosti, aby opakovaný predpis prostredníctvom elektronickej komunikácie vykonala aj sestra. Súčasťou poskytovania tejto formy zdravotnej starostlivosti je povinnosť zdravotníckeho pracovníka zaznamenať konzultáciu do zdravotnej dokumentácie pacienta.

Táto formulácia vyvolala v praxi otázky týkajúce sa rozsahu oprávnení sestry pri predpisovaní liekov. Všeobecná právna úprava totiž tradične vychádza z toho, že predpisovanie liekov je úkonom viazaným na rozhodnutie lekára a na jeho odbornú zodpovednosť.

Zmena právnej úpravy od 1.4.2026

S účinnosťou od 1. apríla 2026 dochádza k spresneniu právnej úpravy telemedicíny. Nové znenie ustanovenia ponecháva možnosť poskytovania konzultácií na diaľku, no zároveň jasnejšie upravuje pravidlá predpisovania liekov prostredníctvom elektronickej komunikácie. Lekár zostáva oprávnený predpisovať lieky na diaľku samostatne. V prípade sestry a pôrodnej asistentky však zákon výslovne stanovuje, že opakovaný predpis lieku alebo zdravotníckej pomôcky môžu vykonať len na základe predchádzajúcej indikácie lekára. Cieľom tejto zmeny je spresniť kompetencie jednotlivých zdravotníckych pracovníkov a zároveň zachovať odbornú zodpovednosť lekára za indikáciu liečby. V praxi to znamená, že sestra môže zabezpečiť samotný administratívny úkon predpisu, avšak vychádza pritom z rozhodnutia lekára, ktorý liečbu pacientovi indikoval.

Záver

Telemedicína priniesla do poskytovania zdravotnej starostlivosti nové možnosti, vrátane elektronickej komunikácie s pacientom a predpisovania liekov na diaľku. Zároveň však otvorila otázky týkajúce sa rozsahu kompetencií jednotlivých zdravotníckych pracovníkov.

Plánovaná legislatívna zmena účinná od 1. apríla 2026 reaguje práve na tieto aplikačné nejasnosti. Spresňuje podmienky, za ktorých môže sestra predpisovať lieky prostredníctvom elektronickej komunikácie, a zároveň zdôrazňuje význam predchádzajúcej indikácie lekára.

Pre prax poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tak ide o dôležitú zmenu, ktorá má potenciál zjednotiť výklad pravidiel a jasnejšie nastaviť hranice kompetencií pri predpisovaní liekov na diaľku.

Mgr. Lenka Kavarníková

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

JUDr. Ivan Humeník, PhD.

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

Dohl'ad ÚDZS? Zastúpime vás!

Postaráme sa, aby ste výkon dohl'adu prežili bez zbytočnej ujmy na psychickom zdraví a peňaženke.

Zavolajte nám alebo napíšte email. Sme pripravení poradiť a pomôcť aj vám. Pre viac informácií o službe kliknite na bit.ly/dohlad-udzs



0907 911 389



podpora@medipravnik.sk

Komplexné právne služby pre ambulanciu a portál mediPRÁVNIK.sk vám prináša advokátska kancelária h&h PARTNERS.



Návratnosť investície do dobre liečenej hypertenzie je vysoká



MUDr. Etela Janeková, PhD.

Hlavný odborník MZ SR pre všeobecné lekárstvo pre dospelých
Znalec v odbore zdravotníctvo a farmácia, odvetvie vnútorné lekárstvo, farmácia

Pred dvoma rokmi ste sa stali hlavnou odborníčkou MZ SR pre všeobecné lekárstvo. Aké sú Vaše priority vo funkcii hlavnej odborníčky? Ako hodnotíte toto obdobie a komunikáciu na pôde MZ SR?

Najväčšou prioritou je stabilizácia v odbore. To znamená vytvorenie odborných podmienok pre lekárov VLD, aby neopúšťali naše rady a aby sme vytvárali vhodné podmienky pre vstup nových lekárov do systému. Znie to jednoducho, ale vytváranie vhodných podmienok je dlhodobý a postupný proces, ktorý sa začal už mojou predchodkyňou, kedy sa schválila stratégia rozvoja odboru VLD. Je veľmi dôležité trvať na kontinuite procesov, ktoré boli nastavené a v prípade potreby ich rozvinúť. Pracujeme na tvorbe štandardných terapeutických postupov, snažíme sa o zrušenie preskripčných obmedzení na lieky, podieľame sa na pripomienkovaní zmien v zákonoch, vzdelávame, rozširujeme kompetencie všeobecných lekárov a elektronizujeme.

VLD a VLDD sú vlajkovými loďami elektronizácie. Obdobie môjho pôsobenia hodnotím mimoriadne pracovne a v dobrej spolupráci s MZ SR. Po nástupe pána ministra Šaška vznikli z môjho podnetu pravidelné stretnutia na pôde MZ SR, ktoré sú v zastúpení MZ SR, hlavných odborníkov vo všeobecnom lekárstve pre dospelých, pre deti, prezidentov dvoch odborných spoločností, každý mesiac. Každé 3 mesiace sú prizvaní aj zástupcovia Asociácie súkromných lekárov a Zdravíty. Na týchto stretnutiach sa interne preberajú problémové body v ambulantom sektore. Výstupy z týchto rokovaní tvoria efektívny základ pre novelizáciu legislatívy nižšieho a vyššieho stupňa.

Podarilo sa úspešne zavrieť implementáciou eDohôd a zjednodušiť tak komunikáciu lekárov so zdravotnými poisťovňami a mieru administratívnej záťaže?

Zmluvný vzťah lekára a pacienta musí byť jednoznačne definovaný. To je možné dosiahnuť jedine centralizáciou týchto zmluvných vzťahov, to znamená vedené na jednom mieste. Pre tento účel niet lepšieho nástroja ako elektronizácia evidencie. Som rada, že som sa mohla podieľať na zavedení tohto modulu elektronického zdravotníctva, ktorý priniesol istotu pre lekára, ako aj pre pacienta. eDohody sú funkčné, lekár je schopný uzavrieť dohodu s pacientom za jeho prítomnosti prostredníctvom občianskeho preukazu (čo je ideálny stav), ale ja bez jeho prítomnosti pomocou náhradného spôsobu overenia. Informáciu o vzniku takéhoto stavu má poisťovňa okamžite, znižuje sa tým chybovosť a administratívna náročnosť.

Od roku 2026 sa mala dostať funkcionálna eHealth na novú úroveň. Aké skúsenosti máte s týmito novými funkcionalitami? Kedy sa podľa Vás môžu prejaviť pozitívne efekty v novej vyššej úrovni manažmentu zdravotníctva?

Mnoho funkcionalít je už v prevádzke, mnohé sa ešte chystajú. Mnohé z nich budú na pozadí a bežný užívateľ – zdravotnícky pracovník nebude zmenu vnímať. Žiaľ, funkcionality, ktoré sú nasadené, sa len postupne dostávajú do dennej praxe. Všeobecní lekári ich už využívajú. Elektronický recept, ePraceneschopnosť, eVýmenný lístok, zadávanie – odosielanie zdravotnej dokumentácie (lekárska správa, prepúšťacia správa, popisy zobrazovacích vyšetrení...) do eZdravia. Pozitívne efekty, dostupnosť zdravotného záznamu v každej chvíli sa, samozrejme, dostaví až vtedy, keď začne každý zdravotnícky pracovník odosielať svoj záznam. Od 1. 7. 2026 by malo byť odosielanie povinné, čo znamená, že úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť od zdravotných poisťovní budú na odosielanie naviazané. Sme jedna z mála krajín Európy s tak vyspelou elektronizáciou v zdravotníctve.

V poslednej dobe sa všeobecným lekárom otvorili mnohé zaujímavé možnosti využitia diagnostických technických prostriedkov v ambulanciách. Ktoré z nich to sú a s akou odozvou sa to stretlo u Vašich kolegov?

Vývoj v medicíne ide míľovými krokmi. Preto je dôležité udržať krok. Všeobecní lekári využívajú už dnes vo svojich ambulanciách malé laboratórium na urgentné vyšetrenie parametrov z krvi, ultrazukové prístroje na rýchlu diagnostiku akútneho stavu, zariadenia s domácim sledovaním pacientov, napríklad telemedicínske sledovania hypertonikov.

Ako hodnotíte vo všeobecnej rovine, ale aj na základe vlastných ambulantných skúseností, adhérenciu pacientov a úroveň dodržiavania liečby?

Adhérenca k liečbe sa vlastne začína v ambulancii pri diagnostike a úvodnej liečbe. Pacient musí pochopiť, aké ochorenie sa ide liečiť, ako má liečba prebiehať a ako dlho sa musí liečiť. Návšteva ambulancie je však pre mnohých pacientov veľký stres a často nestačí jedna návšteva na správnu adhérenciu k liečbe. Najväčšie problémy máme v ambulanciách s adhérenciou k liečbe chronických ochorení, napríklad hypertenzie. Avšak stretávame sa aj s nesprávnou adhérenciou k antibiotikám. Po zlepšení stavu pacient nedoberie určenú liečbu, stav sa skomplikuje, je potrebná následná liečba a vzniká rezistencia na antibiotiká. Non-adhérenca k liečbe chronických ochorení (ako hypertenzia, SZ, KCHS či diabetes) je celosvetový problém a samostatný, život ohrozujúci rizikový faktor, ktorý priamo zvyšuje úmrtnosť a náklady na zdravotnú starostlivosť. Adhérenca je tímová spolupráca - lekári a ostatní zdravotnícki pracovníci sú kľúčovými partnermi, ktorí poskytujú zrozumiteľnú a primeranú edukáciu. Adhérenca však súvisí aj so zhoršenými kognitívnymi funkciami, zlou socio-ekonomickou situáciou a aj s neschopnosťou správne užiť liek.

Ako hodnotíte zrušenie preskripčných obmedzení kardiologických liekov pre všeobecných lekárov? Pomáha odborný konsenzus a otvorenie tejto pôvodnej domény kardiológov všeobecným lekárom dosiahnuť kvalitatívny zlom v starostlivosti o pacientov s hypertenziou? Budú podobné bariéry odstránené aj pri iných špecializáciách?

Preskripčné obmedzenia (PO) na lieky vznikli na Slovensku v roku 1995, keď na liekový trh prichádzalo množstvo liekov, ktoré sa predpisovali na papierové recepty

a ich spotreba prevyšovala možnosti financovania. PO bolo ekonomickým regulátorom spotreby, ktorú nebolo možné regulovať ad hoc. Dnes sú preskripčné obmedzenia zastarané a skôr indukujú ďalšiu zdravotnú starostlivosť a zvyšujú náklady. Lieky sa predpisujú elektronicky, čo znamená, že zdravotná poisťovňa aj pacient vidí, čo sa predpisuje. Okrem PO máme aj indikačné obmedzenia, ktoré sú tiež ekonomickým regulátorom, ale aj odborným. Zrušenie PO na kardiologické lieky hodnotím pozitívne, došlo k zrušeniu aj pneumologických vybraných liekov a dúfam, že dôjde k zrušeniu PO aj iných skupín. Nie je predsa vhodné, aby pacient kvôli predpisu PO lieku musel navštíviť špecialistu.

Môžu všeobecní lekári prispieť k vyššiemu záchytu pacientov s novodiagnostikovanou artériovou hypertenziou?

Systematický manažment pacientov s liečenou hypertenziou priniesol na Slovensku svoje výsledky. Všeobecný lekár sa už dnes stará o pacientov s arteriálnou hypertenziou, dyslipidémiou, obezitou a prediabetom. Najvyšší záchyt arteriálnej hypertenzie je u všeobecných lekárov.

Hypertenzia si vyžaduje aj značnú mieru adhérencie pacientov. Ako je podľa Vás možné naučiť pacientov pravidelne a správne monitorovať svoj krvný tlak a dodržiavať liečbu?

Z dostupných dát IZA vieme, že každý rok pribudne na Slovensku približne 70–80-tisíc pacientov s hypertenziou. Chceli sme zistiť, ako využiť dostupné možnosti liečby u novodiagnostikovaných hypertonikov na maximum. V súlade s ESC/ESH odporúčaniami sme u týchto pacientov využili fixnú 2-kombináciu antihypertenzív v optimalizovanej dávke ACEi a blokátora vápníkových kanálov a v prípade potreby dotitrovali do optimálnej terapeuticko- dávky. Navyše sme týchto pacientov podporili telemonitorovaním.

Výsledkom bolo, že do troch mesiacov dosiahlo prvý cieľ liečby (TK < 140/90 mmHg) s jednou tabletou až 96 % pacientov. Oproti zaužíwanej monoterapii to bolo o 26% viac. Vieme, kde máme rezervy a ako to zmeniť. Adhérenca lekárov k odporúčaniam a používanie fixných kombinácií v liečbe hypertenzie má svoje regionálne špecifiká. Jasne sme pomenovali aj výhody fixných kombinácií v liečbe hypertenzie a farmako-ekonomický dopad. Každé euro investované do liečby pacientov s hypertenziou pomocou fixných kombinácií sa môže vrátiť 12,5-násobne.

Kardiológovia využívajú FK na 62%, internisti na 73% a všeobecní lekári na 75%. Z tohto výsledku mám veľkú radosť, všeobecní lekári sa zhostili správne liečby. Na Slovensku máme liečených 1,25 milióna hypertonikov. Ak by sa všetci liečili v súlade s odporúčaniami, potrebovali by sme investovať do fixných kombinácií takmer 11 miliónov eur. Úspora na komplikáciách hypertenzie by bola však 135,2 milióna eur. Návratnosť investície do dobre liečenej hypertenzie je vysoká. V kontexte demografického vývoja populácie kľúčová.

Aké sú správne princípy domáceho monitoringu tlaku krvi?

Obnažené rameno opreté o stôl, stredná časť paže na úrovni srdca

Manžeta podľa veľkosti paže

Používajte validované tlakomery s manžetou na ramene

Nohy neprekrížené, chodidlá na podlahe

Chrbát opretý o stoličku



Pri zvýšených hodnotách TK oproti cieľovým sa často uspokojíme s vysvetlením, že ide o tzv. hypertenziu bieleho pláštia alebo že pacient práve prišiel, je v strese – liečba sa ďalej neupravuje. Pritom vieme, že výskyt hypertenzie bieleho pláštia je nižší pri opakovanom meraní TK a jej potvrdenie si vyžaduje opakované merania krvného tlaku v ambulancii aj mimo nej (napr. domáce alebo 24-hodinové monitorovanie TK). Ak by sa meral TK len raz a nerobil sa priemer z 2. a 3. merania, TK pod 140/90 mmHg by dosiahlo 48% pacientov vs. 65,1% pacientov - čo je oproti správne meraniu o 17,5% menej.

Aké sú odporúčania ESC 2024 pre manažment hypertenzie? Ktoré sú hlavné rizikové faktory artériovej hypertenzie a aký je postup liečby podľa ESH?

Slovensko je krajina s vysokou mierou KV mortality a zároveň genetickou predispozíciou na chronické venózne ochorenia. Podľa dostupných dát z roku 2023, tretina populácie hypertonikov ani nevie, že má vysoký tlak krvi. Tretina dosahuje vďaka liečbe cieľový TK a tretina napriek liečbe nedosahuje ani 140/90 mmHg. Napriek tomu, že dostupnosť liečby je na Slovensku vysoká, miera kontroly týchto ochorení je nízka.

Existujú dve odporúčania: jedno je od ESC a druhé od ESH, máme aj odporúčanie od WHO, všetky sa však zhodujú v tom, že liečba je s vyššou adherenciou pri použití fixných kombinácií. Najväčším rizikovým faktorom je nediagnostikovaná hypertenzia.

Rizikové faktory, ktoré vedú k hypertenzii sú:

- vek – zvýšené riziko hrozí po 45. roku života, u pacientov nad 60 rokov sa hypertenzia vyskytuje takmer u 50% populácie,
- pohlavie – všeobecne sú muži viac ohrození ako ženy,
- genetické predispozície – riziko je vyššie u osôb, ktorých príbuzní trpia hypertenziou alebo inými kardiovaskulárnymi ochoreniami.

Mnohé rizikové faktory však ovplyvniteľné sú:

- nadváha a obezita – za obezitu sa počíta obvod pásu viac ako 102 cm u mužov a viac ako 88 cm u žien,
- zvýšený cholesterol – hladina celkového cholesterolu > 6,5 mmol/l, LDL cholesterol > 4,0 mmol/l a HDL cholesterol < 1,0 mmol/l u mužov a < 1,2 mmol/l u žien,
- fajčenie, konzumácia alkoholu,
- nadmerné solenie, nevhodné zloženie stravy,
- životný štýl – nadmerný stres, telesná nečinnosť.

Rozvoj hypertenzie môžu urýchľovať aj mnohé iné ochorenia, tzv. komorbidity, napr. chronické ochorenie obličiek, diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdca, mozgovocievne ochorenia...

V posledných rokoch sa veľkým problémom stali recidivujúce respiračné infekcie. Aké sú možnosti všeobecného lekára a aké štandardné terapeutické postupy sa používajú?

Recidivujúce respiračné infekcie sú častým dôvodom návštev v ambulancii VLD. Momentálne sú v tvorbe štandardné postupy. Lekár sa pri výskyte riadi klinickým stavom pacienta, komorbiditami, klinickým vyšetrením pacienta, laboratórnym vyšetrením,

celkovou epidemiologickou situáciou v rodine a psychickým stavom. Všeobecný lekár má všetky možnosti vyšetrenia pacienta, ktoré som spomínala vyššie. Vždy je vhodné, aby pacient absolvoval preventívnu prehliadku za účelom odhalenia chronických ochorení pri recidivách respiračných ochorení.

Darí sa získavať potrebné množstvo mladých lekárov pre pôsobenie v ambulanciách všeobecných lekárov? Ktoré formy sa Vám javia ako najúspešnejšie?

Ako som spomínala vyššie, najúčinnejšia forma je vytvorenie vhodných podmienok na prácu (kompetencie, financovanie ambulantného sektora), postgraduálne vzdelávanie a tiež vhodnú predatestačnú prípravu. V pravidelných intervaloch v spolupráci s MZ SR prednášame na lekárske fakultách o rezidentskom štúdiu pre jednotlivé odbory. Taktiež vznikla platforma Medifutura, ktorá je dostupná pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí majú záujem pracovať v zdravotníctve. Veľmi vítam aj aktivitu SSVLP a to odbornú časť Mladí praktici, ktorí organizujú postgraduálne vzdelávanie a publikujú. Nových mladých lekárov sa dnes darí získavať, v poslednom roku sa do rezidentského programu podarilo získať najvyšší počet.

V jednom z rozhovorov ste spomínali, že pri atestáciách nemusí všeobecný lekár písať záverečnú prácu, ale bude mať povinnosť publikovať článok v odbornom časopise. Povedali ste tiež, že: „Ak sa človek rozhodne stať lekárom, prijíma rozhodnutie, že sa bude celý život vzdelávať.“ Myslíte, že aj médiá, napríklad Lekárske noviny, môžu poskytnúť priestor pre publikačnú činnosť lekárov a ich ďalšie vzdelávanie?

Publikačná činnosť je integrálnou súčasťou odborného rastu publikujúceho, ale aj čitateľa. Podeliť sa o výsledky svojej práce je prejavom úcty voči kolegom a sebe samému. Som rada, že aj Vaše periodikum poskytuje priestor pre zdieľanie odborných informácií.

Ako hodnotíte úroveň e-learningu a online vzdelávacích aktivít? Uprednostňujete skôr osobný kontakt s kolegami na konferenciách a osobných formách vzdelávania?

V čase COVID-19 bol e-learning jediná možnosť, aby sa neprerušilo kontinuálne vzdelávanie. Ja v dnešnej dobe uprednostňujem prezenčnú formu vzdelávania, ale stane sa, že z časových dôvodov využijem aj e-learning. Vítam akúkoľvek formu vzdelávania.

Máte pocit, že obdobie pandémie COVID-19 negatívne poznačilo vzťahy v lekárskej obci a medzi lekármi a pacientmi?

COVID-19 bola skúška pre všetkých. Musíme len dúfať, že podobná situácia sa nebude opakovať, no ak by predsa, sme na ňu aspoň trochu pripravení. Dnes je situácia celkom stabilná, čo sa týka vzťahov, pacientov len musíme zo všetkých síl upokojovať. Pacient je ten, ktorý by mal vždy ostať v centre pozornosti a žiadne iné záujmy, problémy by nemali prevýšiť nad snahou liečiť. Liečme našich pacientov tak, ako by sme si priali, aby liečili kolegovia nás.

Otázky pripravil Jozef Dermek.

Analýza manažmentu hypertenzie na Slovensku

MUDr. Etela Janeková, PhD.

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Interná ambulancia, InClinic, s. r. o., Bratislava

Kardiovaskulárne ochorenia sú hlavnou príčinou úmrtí v Európskej únii. V rokoch 2021 až 2023 sme však zaznamenali mierny pokles úmrtnosti na choroby obehovej sústavy (28 337 oproti 24 530 úmrtiam). Aj napriek tomu sú však na Slovensku najvýznamnejšou príčinou úmrtí – majú na svedomí dvojnásobne viac úmrtí ako v prípade nádorových ochorení – preto je dôležité zamerať sa na víziu Charty 70/2028. Žiaľ, z recentných výsledkov prieskumu DMTK 2023 (Domáce monitorovanie krvného tlaku), ktorý sledoval krvný tlak a súvisiace rizikové faktory u pacientov s hypertenziou v ambulanciách lekárov na Slovensku, vyplýva, že väčšina pacientov nedosahuje cieľové hodnoty krvného tlaku. 62% pacientov nedosahuje cieľové hodnoty krvného tlaku a 26% pacientov má rizikovú srdcovú frekvenciu. Nelichotivé výsledky v oblasti kontroly hypertenzie na Slovensku ukázal aj projekt SYRAFA, ktorý bol zameraný na systematickú racionalizáciu farmakoterapie na interných oddeleniach 4 nemocníc na Slovensku (Obr. 1). Využívanie fixných kombinácií zlepšuje adherenciu a účinnosť liečby. Až 86% pacientov s hypertenziou nemalo pri prijatí na interné oddelenie z akéhokoľvek dôvodu adekvátne kontrolovaný tlak. Priemerný tlak pri prijatí bol 150/78 mm Hg, srdcová frekvencia 83 úderov/min. Mnohí pacienti mali ďalšie rizikové faktory. 71% pacientov s hypertenziou malo pridružené kardiovaskulárne ochorenie, ktoré zvyšuje riziko kardiovaskulárnych príhod. Hypertenzia má vo všeobecnosti mimoriadne veľký vplyv na chorobnosť a úmrtnosť na celom svete a vedie k 10,4 miliónom úmrtí ročne. Dyslipidémia je najčastejším pridruženým rizikovým faktorom – až 68% pacientov s hypertenziou na Slovensku má aj dyslipidémiu. Hypertenzia predstavuje chronické ochorenie kardiovaskulárneho systému, charakterizované trvalo zvýšenými hodnotami artériového krvného tlaku nad fyziologickú normu. Krvný tlak je definovaný ako tlaková sila, ktorou krv pôsobí na steny arteriálneho riečiska počas svojho prúdenia. Dlhodobý zvýšený tlak vedie k mechanickému preťaženiu cievnej steny a k funkčným a štrukturálnym zmenám v cieľových orgánoch, predovšetkým v srdci, mozgu, obličkách a periférnom cievnom systéme. Krvný tlak sa štandardne udáva v milimetroch ortuti (mmHg) a predstavuje dve hodnoty: systolickú a diastolickú. Systolický tlak (horná hodnota) odráža maximálny tlak v artériách počas kontrakcie srdcového svalu, teda pri vypudení krvi z ľavej komory do systémového obehu. Diastolický tlak (dolná hodnota) vyjadruje najnižší tlak v artériách počas relaxačnej fázy srdca medzi dvoma údermi. Za optimálny krvný tlak sa považujú hodnoty pod 120/80 mmHg. Hodnoty nad 140/90 mmHg sú podľa súčasných odborných odporúčaní klasifikované ako artériová hypertenzia, ktorá predstavuje významný rizikový faktor pre vznik kardiovaskulárnych a renálnych ochorení. V súčasnosti existujú dve európske odporúčania na manažment artériovej hypertenzie, ktoré sa navzájom dopĺňajú: ESH 2023 a ESC 2024. Novinkou v odporúčaní ESC 2024 je, že nie sú definované stupne hypertenzie. Vo všeobecnosti sa teda odporúča okamžitá farmakologická liečba u všetkých osôb s krvným tlakom 140/90 mmHg a vyšším.

Hypertenziou celosvetovo trpí približne 1,28 miliardy dospelých vo veku 30–79 rokov. Až 46% z nich o svojom ochorení nevie, pričom menej než 42% je diagnostikovaných a liečených. Krvný tlak má pod kontrolou len 21% pacientov (WHO, 2023).

Na Slovensku je každoročne novodiagnostikovaných 80 000 pacientov s hypertenziou. V prieskume "Manažment novodiagnostikovaného pacienta s artériovou hypertenziou na Slovensku v roku 2024" sa zistilo, že záchyt pacientov s novodiagnostikovanou artériovou hypertenziou je len 1–4 pacienti/mesiac. To však nie je dostatočné, ak vezmeme do úvahy, že každý druhý pacient má hypertenziu a nie je liečený. U nás len 38% pacientov s hypertenziou dosahuje cieľové hodnoty TK, t. j. až 62% pacientov s hypertenziou má rizikové hodnoty TK. Podľa odporúčaní je potrebné začať liečbu so zreteľom aj na rizikové faktory a životný štýl pacienta:

Obrázok 1

Hypertenzia $\geq 140/90$ mmHg

TK > 140/90 mm Hg = hypertenzia = vysoké KV riziko

zmena životného štýlu + farmakologická liečba okamžite

Zvýšený TK 120–139/ 70–89 mm Hg

Zvýšený tlak krvi: 120–139/ 70–89 mm Hg = hodnotenie KV rizika

Zmena životného štýlu na 3 mesiace

130–139/80–89 mm Hg + KV RF

1) Prítomné KVO, CHOO, HNOP, DM, FH

2) SCORE2 $\geq 10\%$

3) SCORE 5–<10% + modifikátory KVR

4) Zvážiť vyšetrenie na stanovenie rizika KVO

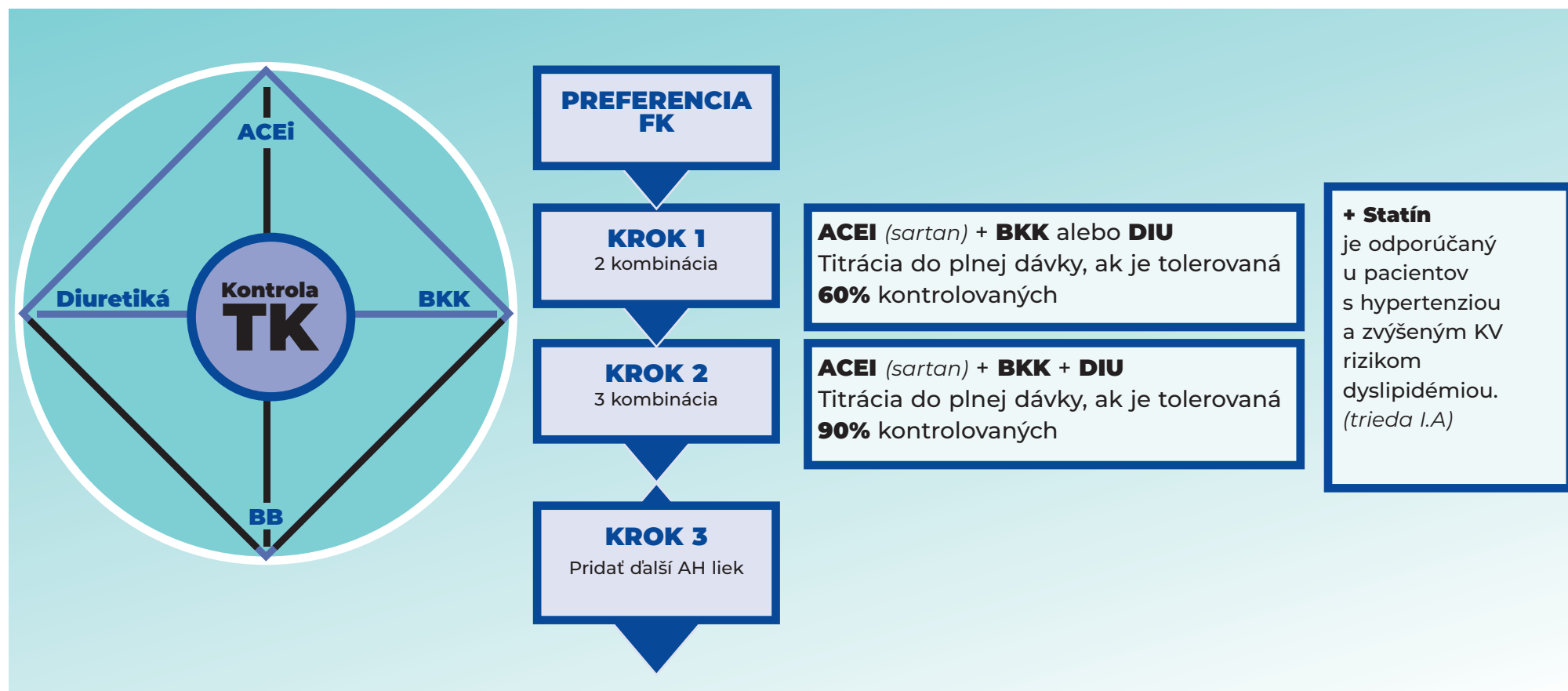
Vysokorizikovým jedincom so zvýšeným TK sa odporúča

zmena životného štýlu a po 3 mesiacoch,

ak je TK $\geq 130/80$ mmHg,

je odporúčaná farmakologická liečba na zníženie TK

Obrázok 2



Dôležitá je, samozrejme, aj pravidelná kontrola liečby v pravidelných intervaloch. Nemenej dôležité je aj domáce monitorovanie tlaku krvi, po dôslednom poučení správneho merania tlaku krvi. U novodiagnostikovaných pacientov, ako aj u dlhšie liečených, je vhodné za účelom zlepšenia adherencie, používať fixné kombinácie liekov. Tie nám umožňujú zlepšiť compliance liečby. Dôležitá je včasná iniciácia a následná intenzifikácia liečby ako je uvedené na obrázku.

Záverom je možné konštatovať, že ak budeme systematicky liečiť našich pacientov včas a účinne, máme šancu zvrátiť nepriaznivý vývoj príčin kardiovaskulárnych úmrtí. Veľký význam má aj práca na kontinuálnej edukácii a zainteresovaní pacienta do ochrany zdravia, aktívnemu prístupu k existujúcej liečbe a aktívnej účasti na primárnej a sekundárnej prevencii.

Referencie

1. Unger T et al. J Hypertens. 2020;38:982-1004. 2. Demografia – počet zomretých a príčiny úmrtí v SR vo 4. štvrtroku 2023 (statistics.sk) 3. Mancia G, Kreutz R et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). J Hypertens. 2023 Jun 21. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480. Epub ahead of print. PMID: 37345492. 4. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension (European Heart Journal; 2024 - <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>) 5. Janekova E. Medicus news. Dôsledná kontrola, adherencia a systematická racionalizácia farmakoterapie- piliere účinnej liečby hypertenzie, 2025; 20-22

INZERCIA

TRIPLIXAM®
perindopril arginín / indapamid / amlodipín

**TROJITÁ SILA
JEDNO VÍŤAZSTVO¹⁻⁴**



24-hodinová
KONTROLA TK¹⁻²

24-hodinová
KV OCHRANA³

podporená lepšou
ADHERENCIOU⁴

Liek Triplixam má indikáciu substitučná terapia na liečbu esenciálnej hypertenzie u pacientov, ktorí sú už kontrolovaní kombináciou fixnej dávky perindopril/indapamid a amlodipínom, podávanými v rovnakých dávkach. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.
Dátum prípravy materiálu: 11/2024. Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek.

Úplné SPC lieku nájdete tu:
bit.ly/Triplixam_SPC



Literatúra: 1. Toth K et al. PIANIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137–145. 2. Palli D et al. Triple Combination Therapy in Hypertension: The Antihypertensive Efficacy of Treatment with Perindopril, Amlodipine, and Indapamide SR. Clin Drug Investig. 2014;34 (10): 701-708. 3. Chalmers J, Arima H, Woodward M et al. Hypertension 2014;63:259-264. 4. Xie L et al. Medication adherence and persistence comparison of hypertensive patients treated with single-, double- and triple-pill combination therapy. Current Medical Research & Opinion Vol. 30, No. 12, 2014, 2415-2422.



SERVIER
moved by you

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, www.servier.sk

Parkinsonova choroba - ON/OFF fenomén a freezing chôdze – terapeutické možnosti

Doc. MUDr. Milan Grofik, PhD.

Neurologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta UK a Univerzitná nemocnica Martin

Úvod

Parkinsonova choroba (PCH) je chronické, progresívne neurodegeneratívne ochorenie charakterizované predovšetkým motorickými príznakmi, ako sú bradykinéza, rigidita, pokojový tremor a v neskorších štádiách aj poruchy posturálnej stability. Základným patofyziologickým mechanizmom je postupná strata dopamínových neurónov v substantia nigra s následným deficitom dopamínu. Napriek významnému pokroku vo farmakologickej liečbe zostávajú motorické fluktuácie jedným z hlavných terapeutických problémov v dlhodobom manažmente ochorenia.

1. Motorické fluktuácie

Motorické fluktuácie predstavujú kolísanie motorického stavu pacienta v závislosti od farmakokinetiky a farmakodynamiky antiparkinsoník, najmä levodopy. V čase účinku levodopy má pacient stav dobrej hybnosti (ON) a v stave nedostatočnej hladiny levodopy je v stave zhoršenej hybnosti (OFF). Typicky sa objavujú po niekoľkých rokoch liečby. Medzi základné patomechanizmy vzniku motorických fluktuácií patrí krátky biologický polčas levodopy (cca 1,5 hodiny), strata presynaptickej dopamínovej rezervy (odkázanosť na exogénny príjem levodopy), interakcie levodopy s bielkovinovou stravou a gastroparéza. Medzi najčastejšie formy motorických fluktuácií patria:

Early morning OFF – zhoršený stav hybnosti po zobudení, podmienený dlhou intervalom od večernej dávky levodopy, je často sprevádzaný dystonickými kŕčmi nôh.

Wearing-OFF (end of dose OFF) – zhoršenie stavu hybnosti krátko pred časom plánovaného podania ďalšej dávky levodopy.

Nepredvídateľné OFF – nezávislé od času podania lieku.

Delayed-ON – oneskorený nástup účinku levodopy po jej užití.

No-ON fenomén – absencia účinku po podaní levodopy.

Poliekové dyskinézy – predstavujú mimovoľné, nepravidelné, najčastejšie choreické, alebo dystonické, pohyby, ktoré vznikajú v súvislosti s dlhodobou dopamínovou liečbou PCH, predovšetkým levodopou. Typicky sa objavujú v stave maximálneho účinku lieku, teda na vrchole dávky (peak-dose dyskinézy), menej často na začiatku a na konci účinku levodopy (bifázické dyskinézy). Motorické fluktuácie sú často sprevádzané aj nemotorickými prejavmi, ako sú úzkosť, bolesť, vegetatívne príznaky či poruchy nálady.

Farmakoterapia OFF stavov

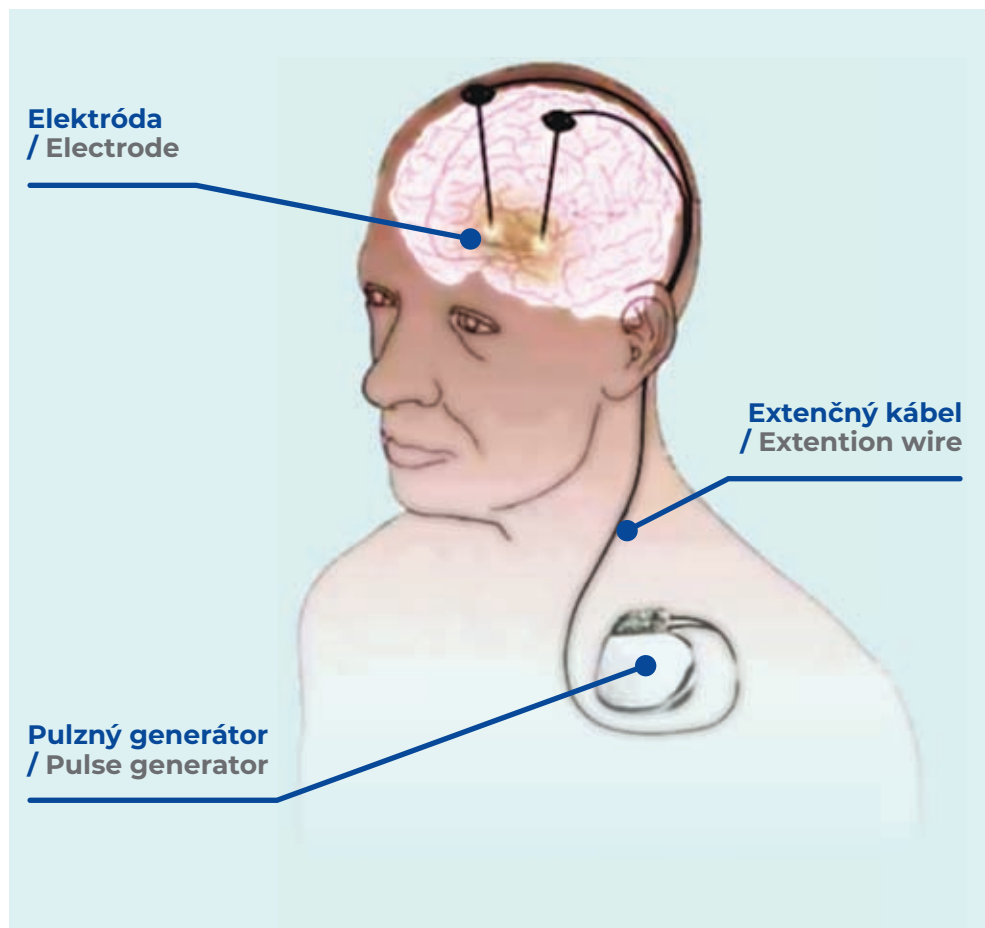
V prípade akútneho OFF stavu má možnosť pacient užiť dávku levodopy navyše (účinnosť sa dostaví v závislosti od prítomnosti potravy v žalúdku cca za 10–30 minút) alebo apomorfín aplikovaný subkutánne pomocou pera (účinnosť sa dostaví do 5 minút, bez závislosti od stavu náplne žalúdku).

Základným profylaktickým krokom riešenia OFF stavov je optimalizácia liečby levodopou, najčastejšie zvýšenie frekvencie podávania levodopy, prídanie inhibítorov MAO-B (monoaminoxidáza typu B) ako je rasagilín, prídanie inhibítorov COMT (catechol - O - metyl - transferáza), ako je entakapón a opikapón, alebo prídanie agonistov dopamínových receptorov (pramipexol, ropinirol, rotigotín).

Farmakoterapia poliekových dyskinéz

Základom je úprava dopamínovej liečby, najmä zníženie množstva levodopy v jednotlivých dávkach, resp. častejšie podávanie menších dávok levodopy. Do úvahy prichádza aj redukcia celkovej dennej dávky levodopy a súčasne prídanie alebo zvýšenie dávky dopamínových agonistov, inhibítorov COMT alebo MAO-B. Vhodnou stratégiou je aj prídanie amantadínu.

Obrázok 2 – Systém pre liečbu hĺbkovou mozgovou stimuláciou.



Obrázok 1 – Apomorfínové pero určené na subkutánne podanie pri OFF stave.



Pokročilá liečba PCH

U pacientov s ťažkými motorickými fluktuáciami stavu (OFF stavy, poliekové dyskinézy), ktoré sa nedajú odstrániť úpravou farmakoterapie je indikovaná tzv. pokročilá, resp. invazívna liečba PCH pomocou pumpových systémov alebo hĺbkovej mozgovej stimulácie.

Pumpové systémy umožňujú pacientovi udržiavať stálu úroveň dopamínovej stimulácie. Može ísť o subkutánnu infúziu apomorfínu alebo foslevodopy alebo intestinálnu infúziu levodopy prostredníctvom PEG-u (perkutánnej endoskopической gastrostómie).

Hlboká mozgová stimulácia (Deep brain stimulation - DBS) predstavuje účinnú neurochirurgickú liečebnú metódu, ktorá spočíva v implantácii elektród do presne definovaných štruktúr bazálnych ganglií, najčastejšie do nucleus subthalamicus s následnou kontinuálnou vysokofrekvenčnou stimuláciou (Obr. 1.). Mechanizmus účinku DBS je komplexný a zahŕňa moduláciu patologickej neuronálnej aktivity v motorických okruhoch, normalizáciu abnormálnych oscilačných vzorcov a obnovenie funkčnej rovnováhy medzi inhibičnými a excitačnými dráhami. Kľúčovým predpokladom úspechu DBS je dôsledný výber pacientov, zahŕňajúci dobrú odpoveď na levodopu, absenciu závažného kognitívneho deficitu, ťažkých psychiatrických porúch a posturálnej nestability.

2. Freezing chôdze

(FOG, z ang. Freezing of gait) je charakteristická porucha hybnosti u pacientov s PCH, definovaná ako krátkodobá, epizodická neschopnosť iniciovať alebo udržať plynulý krokový pohyb napriek zachovanej vôli chodiť. Pacienti tento stav často opisujú ako pocit „prilepenia nôh k podlahe“. FOG sa typicky objavuje v pokročilých štádiách ochorenia, avšak u časti pacientov môže byť prítomný už v stredných fázach ochorenia a predstavuje významný rizikový faktor pádov a straty samostatnosti. Freezing je často asociovaný s dopamínovým deficitom, ale významnú úlohu majú aj nedopamínové systémy, najmä cholínergny a noradrenergny. Klinicky sa FOG častejšie vyskytuje v situáciách so zvýšenými nárokmi na exekutívne funkcie, ako sú otáčanie sa, prechod úzkym priestorom, iniciácia chôdze alebo dual-task situácie (rozprávanie počas chôdze, držanie šálky počas chôdze...).

Z klinického hľadiska rozlišujeme OFF-freezing, ktorý sa zlepšuje po podaní levodopy a freezing nezávislý od dopamínovej liečby - tzv. ON-freezing, ktorý nereaguje na úpravu dopamínovej terapie. FOG je často sprevádzaný úzkosťou a strachom z pohybu, čo ďalej zhoršuje jeho frekvenciu a závažnosť.

Liečba freezingu je multidisciplinárna a často len čiastočne účinná. Pri OFF-freezingu je dôležitá optimalizácia dopamínovej liečby, najmä úprava dávkovania levodopy, prídanie inhibítorov MAO-B alebo COMT a zväčšenie kontinuálnych dopamínových terapií. Farmakologické možnosti pri „ON-freezingu“ sú obmedzené; u niektorých pacientov môže mať priaznivý efekt amantadín, rivastigmín a metylfenidát. Významnú úlohu zohráva nefarmakologická liečba, predovšetkým cieleňá fyzioterapia so zameraním na vonkajšie rytmické podnety – tzv. navádzacie stratégie (cueing). Ich princípom je využitie externých senzoričných podnetov, ktoré umožňujú obísť narušené automatické motorické programy bazálnych ganglií a aktivovať zachované kortikálne a cerebelárne motorické okruhy. Najčastejšie sa využívajú vizuálne navádzacie stratégie, napríklad prekračovanie čiar na podlahe, laserové projekcie pred chodidlami alebo sústredenie sa na konkrétny cieľ v priestore. Auditívne navádzacie stratégie pomocou metronómu, rytmickej hudby alebo verbálnych povelov, podporujú pravidelnosť kroku a sú obzvlášť účinné u pacientov s výraznou poruchou časovania pohybu. Účinnosť navádzacích stratégií je individuálna a závisí od typu freezingu, kognitívnych schopností pacienta a jeho schopnosti aktívne používať naučené techniky. Najlepší efekt sa dosahuje pri systematickom nácviku pod vedením fyzioterapeuta so skúsenosťami v liečbe PCH, ideálne v kombinácii s tréningom pozornosti a stratégií zvládania stresu.

Záver

Motorické fluktuácie sú častým a klinicky významným problémom v liečbe PCH. Moderný terapeutický prístup kladie dôraz na individualizáciu liečby, snahu o kontinuálnu dopamínovú stimuláciu a včasné využitie pokročilých terapeutických stratégií. Ideálne je pacientov s nedostatočne kompenzovanou PCH odoslať na konzultáciu do centier pre extrapyramídové ochorenia, ktoré pôsobia pri niektorých nemocniciach (Bratislava, Trnava, Nitra, Martin, Zvolen, Košice, Ružomberok). Kontakt na tieto pracoviská je dostupný na webovej stránke extrapyramídovej sekcie Slovenskej neurologickej spoločnosti - expy.sk.

Referencie

- Nutt JG, Bloem BR, Giladi N, Hallett M, Horak FB, Nieuwboer A. Freezing of gait: Moving forward on a mysterious clinical phenomenon. *The Lancet Neurology*. 2011. 2. Giladi N, Nieuwboer A. Understanding and treating freezing of gait in Parkinsonism. *Movement Disorders*. 2008. 3. Nonnekes J, Snijders AH, Nutt JG, Deuschl G, Giladi N, Bloem BR. Freezing of gait: A practical approach to management. *The Lancet Neurology*. 2015. 4. Okuma Y. Freezing of gait in Parkinson's disease. *Journal of Neurology*. 2006. 5. Fox SH, Katzenschlager R, Lim SY, et al. International Parkinson and Movement Disorder Society evidence-based medicine review: Update on treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2018. 6. Olanow CW, Stern MB, Sethi K. The scientific and clinical basis for the treatment of Parkinson disease. *Neurology*. 2009. 7. Lees AJ, Hardy J, Revesz T. Parkinson's disease. *The Lancet*. 2009. 8. Gmitterová K, Minár M, Košutzká Z, Valkovič P. Terapie pokročilých štádií Parkinsonovej choroby invazívnymi postupmi. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie (Cesk Slov Neurol N). 2017;80(113(5)):503–516. 9. Košutzká Z, Kušnírová A, Straka I, Matejíčka P, Timárová G, Minár M, Klóc M, Novotný M, Valkovič P. Novinky v liečbe hlbokou mozgovou stimuláciou pri neurologických ochoreniach (vrátane PCH). *Cesk Slov Neurol N*. 2022;85(1):24–30. 10. Straka I. Pumpové systémy v liečbe Parkinsonovej choroby. Bratislava: Zdravotnícke vydavateľstvo HERBA; 2023.

Bezpečná liečba úzkosti

MUDr. Zdenka Trokanová, MPH

Úvod

Úzkosť je prirodzená, bežne sa vyskytujúca reakcia organizmu na stres. O poruche hovoríme, ak úzkostné príznaky trvajú dlho, vyskytujú sa často, nie sú primerané prežívanej situácii a limitujú človeka v jeho fungovaní. Úzkostné poruchy sú najčastejšie spomedzi duševných porúch a v priebehu života sa niektorá z nich vyskytne u 15–20% populácie. Mnoho úzkostných porúch vzniká už v detstve a bez liečby majú tendenciu pretrvávajúť do dospelosti. Výskyt je častejší u žien než u mužov v pomere 2 : 1. Podľa klinického obrazu rozlišujeme niekoľko typov úzkostných porúch: panická porucha, agorafóbia, sociálna fóbia, generalizovaná úzkostná porucha, špecifické fóbie, zmiešaná úzkostná a depresívna porucha. Úzkosť ale môže byť aj jedným zo symptómov mnohých iných duševných porúch, najčastejšie depresie, posttraumatickej stresovej poruchy, obsedantno-kompulzívnej poruchy, ale aj psychotických porúch a demencie. Môže sa objaviť v dôsledku užívania psychoaktívnych látok ako súčasť abstinenčných príznakov. Úzkosť je tiež sprievodným javom viacerých somatických ochorení, napríklad diabetu (*pri hypoglykémii*), poruchy štítnej žľazy, epilepsie, infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody. Úzkosť je sprevádzaná pestrými telesnými príznakmi ako je búšenie srdca, tlak na hrudníku, potenie, tras, parestézie končatín, nevoľnosť, závrate, mdloby, pocit dusenia sa. Pacienti často podstupujú množstvo (*opakovaných*) vyšetrení na pohotovosti, u praktického lekára a u špecialistov (*neurológa, internistu*), kým sa dostanú do starostlivosti psychiatra.

Väčšina pacientov s úzkostnými poruchami je liečená ambulantne. Hospitalizácia je indikovaná, ak pacient nereaguje na štandardnú liečbu, má suicidálne myšlienky, komorbídnu depresívnu poruchu, poruchu osobnosti alebo abúzus psychoaktívnych látok (*napr. sekundárne užívanie alkoholu alebo sedatív ako forma „samoliečby“*). Liečbu by sme mali zahájiť psychoedukáciou o ochorení, novej etiológii a mechanizmoch účinku dostupných liečebných prístupov. Najvhodnejšia je kombinácia farmakoterapie a psychoterapie. Konkrétne intervencie by mali byť volené podľa závažnosti príznakov, individuálnych faktorov pacienta, efektu predchádzajúcich liečebných pokusov, komorbídnych ochorení ako porucha osobnosti, depresia, suicidalita, a tiež podľa preferencií pacienta. Pri miernych prejavoch úzkostnej poruchy je dostatočná samotná psychoterapia. Spomedzi rôznych prístupov najpoužívanejšou a najviac efektívnou je kognitívno-behaviorálna psychoterapia (*KBT*). Účinok bol potvrdený množstvom kontrolovaných štúdií. Kombinuje behaviorálne postupy (*expozícia v imaginácii, expozícia in vivo, relaxácia, kontrolované dýchanie*) a kognitívne techniky (*sposchybňovanie automatických negatívnych myšlienok, zmena postoju*), pracuje sa na zvládaní vyhýbavého správania a aktívnom plánovaní príjemných aktivít.

Farmakoterapia úzkostných porúch zahŕňa hlavne antidepresíva, benzodiazepíny a nebenzodiazepínové anxiolytiká. Prvou voľbou v liečbe úzkostných stavov sú antidepresíva zo skupiny SSRI (*selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu*): citalopram, escitalopram, sertralín, fluoxetín, fluvoxamín a SNRI (*inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a noradrenalínu*): venlafaxín, duloxetín. Miera ich účinnosti je podobná, líšia sa farmakokinetikou a individuálnou znášanlivosťou. Liečbu je potrebné zahájiť nízkou dávkou a titrovať pomaly (*start low, go slow*). Vo všeobecnosti platí, že v 75% prípadov sú postačujúce dávky na dolnej hranici terapeutického rozhrania. Na začiatku užívania sa môžu vyskytnúť prechodné, síce nepríjemné, ale nezávažné nežiaduce účinky (*zvýraznenie úzkosti, gastrointes-*

tinálne nežiaduce účinky, nespavosť, potenie, tras), ktoré po pár dňoch vymiznú. Úzkostní pacienti sú vo všeobecnosti ambivalentní voči farmakoterapii, práve pre obavy z vedľajších účinkov. Pacient musí byť vopred informovaný o týchto možných vedľajších účinkoch, ako aj o ich prechodnom charaktere, čo zlepšuje adhérenciu pacientov. Venlafaxín v nízkych dávkach blokuje spätné vychytávanie sérotonínu, vo vyšších dávkach má aj noradrenergický účinok, čo môže viesť k zvýšeniu krvného tlaku.

Celkovo sú SSRI a SNRI v liečbe úzkostných porúch veľmi účinné, dobre znášané a bezpečné pri predávkovaní. Samotný účinok anxiolytický, ako aj antidepresívny, nastupuje po určitej latencii, cca 2 až 4 týždňov. Podľa štúdií skúmajúcich riziko relapsu by farmakoterapia mala trvať minimálne 12 mesiacov od objavenia sa remisie. Aby sa predišlo príznakom z vysadenia, pri ukončovaní liečby má byť opäť dávka znižovaná postupne, podľa tolerancie pacienta. Ostatné antidepresíva (*napr. mirtazapín, trazodón, agomelatín*) majú tiež anxiolytický účinok, sú však indikované iba na liečbu depresívnych epizód.

Benzodiazepíny (*alprazolam, bromazepam, oxazepam, diazepam*) poskytujú okamžitú úľavu od úzkosti, účinok nastupuje do 30–60 minút. Pacienti im často dávajú prednosť pred antidepresívami, pri užívaní ktorých nevnímajú bezprostredný efekt. Rizikom benzodiazepínov je ich návykový potenciál, preto by mali byť predpisované iba krátkodobo, v úvode liečby, pokým nenastúpi účinok antidepresív. Čím sú vyššie dávky a čím dlhšie pacient benzodiazepíny užíva, tým je pravdepodobnejší rozvoj závislosti. Treba dodať, že liečba závislosti od benzodiazepínov patrí k najnáročnejším. Odporúča sa postupné znižovanie dávky do úplného vynechania. Pri dlhodobo závislých pacientoch odvykacia liečba trvá 6 až 9 mesiacov a recidívy sú časté. Závažným dôsledkom dlhodobého užívania benzodiazepínov sú kognitívne poruchy, najmä postihnutie pamäti. Na riziko vzniku závislosti by mal byť pacient vopred upozornený.

INZERCIA

Lavekan®

Bezpečná cesta z úzkosti

Prirodzene účinný v liečbe anxiety

- Mäkké kapsuly s obsahom 80 mg patentovanej silice z Lavandula angustifolia.
- Stačí 1 tableta denne
- Klinicky overený anxiolytický účinok



Skrátená informácia o lieku:

Lavekan 80 mg mäkké kapsuly. Farmakoterapeutická skupina: Iné anxiolytiká. ATC kód: N05BX05 (Silica levandule). **Zloženie:** Každá mäkká kapsula obsahuje 80 mg Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum (silica levandule). **Terapeutické indikácie:** Rastlinný liek na liečbu dočasných úzkostných stavov. Lavekan je indikovaný u dospelých. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Dospelí užívajú jednu mäkkú kapsulu jedenkrát denne približne v rovnakom čase. Dĺžka liečby nemá presiahnuť 3 mesiace. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Porucha funkcie pečene. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Lavekan sa neodporúča na liečbu u detí a dospievajúcich mladších ako 18 rokov, keďže nie sú dostupné žiadne údaje. Existuje iba obmedzené množstvo údajov o bezpečnosti a účinnosti Lavekanu u pacientov nad 65 rokov. Užívanie Lavekanu u pacientov, ktorí vyžadujú dialýzu, sa neodporúča pre nedostatok klinických údajov. Ak príznaky pretrvávajú nezmenené po 1 mesiaci liečby alebo sa zhoršujú, vyhľadajte lekára. **Liekové a iné interakcie:** Žiadne neboli nahlásené. Dostupné predklinické údaje neposkytli žiadny dôkaz súvisiaci s interakciami s inými liečivami pôsobiacimi na CNS. Ako preventívne opatrenie, z dôvodu chýbajúcich klinických údajov o možných interakciách, by sa Lavekan nemal užívať spolu s inými anxiolytikami, sedatívami alebo alkoholom. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Gravidita: Lavekan sa neodporúča užívať počas gravidity. Dojčenie: Dojčiacie ženy nemajú Lavekan užívať. **Fertilita:** Štúdie na zvieratách neodhalili škodlivé účinky Lavekanu na fertilitu. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Lavekan nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Napriek tomu pacienti, ktorí sa cítia ovplyvnení napr. únavou, nemajú viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Údaje pre osoby nad 58 rokov nie sú dostupné. **Nežiaduce účinky:** Poruchy imunitného systému: Frekvencia neznáma: boli hlásené závažné reakcie z precitlivenosti s opuchmi, poruchami cirkulácie a/alebo ťažkosťami s dýchaním. V takomto prípade musí byť lekár okamžite informovaný. Ak sa vyskytnú reakcie z precitlivenosti, Lavekan sa musí vysadiť. Poruchy gastrointestinálneho traktu: Časté: grganie. Frekvencia neznáma: iné gastrointestinálne ťažkosti. Poruchy kože a podkožného tkaniva: Frekvencia neznáma: alergické kožné reakcie. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajúce pri teplote neprevyšujúcej 30 °C. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Nemecko. Dátum revízie textu: 10/2024.

Schwabe
Slovakia
From Nature. For Health.

Schwabe Slovakia s.r.o.
Einsteinova 33
851 01 Bratislava

tel.: +421 2 52 924 583
e-mail: info@schwabe.sk
www.schwabe.sk, www.lavekan.sk

Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Pred vydaním lieku si prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. Liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Dátum prípravy materiálu: apríl 2026

Súhrn
charakteristických
vlastností lieku
Lavekan®
kapsuly 80 mg



K nebenzodiazepínovým anxiolytikám radíme buspirón a hydroxyzín. Výhodou je, že nevyvolávajú závislosť. Účinok buspirónu nastupuje postupne v horizonte týždňov. Pacienti, ktorí majú predchádzajúcu skúsenosť s benzodiazepínmi, ho môžu vnímať ako nedostatočný. Hydroxyzín je antihistaminikum a má aj sedatívny účinok. Anxiolytický účinok nastupuje rýchlo, poskytuje bezprostrednú úľavu. Oblúbenou možnosťou v liečbe úzkostných porúch sú fytofarmaká. Klinickými štúdiami potvrdený účinok má silica Levandule lekárskej (*Lavandula angustifolia*), hlavnou zložkou je linalool. Vhodný je pri prechodných miernych stavoch úzkosti a vnútorného nepokoja a poruchách spánku. U starších pacientov treba brať do úvahy vyššiu senzitivitu voči nežiaducim účinkom liekov a liekovým interakciám, najmä anticholinergické účinky, riziko ortostatickej hypotenzie, kardiovaskulárnych príhod a riziko pádu, ktoré je zvýšené obzvlášť pri užívaní benzodiazepínov.

U gravidných žien treba zvažovať medzi neliečením úzkostnej poruchy a rizikom poškodenia plodu v dôsledku liečby. Aktuálne dáta favorizujú liečbu antidepressívami a predovšetkým SSRI voči vystaveniu matky riziku plynúcemu z ne-

liečenej depresie alebo úzkostnej poruchy. V prípade dojčiacich žien sa odporúča zváženie rizika a prínosu medikamentózneho liečby a ponúka sa možnosť uprednostniť, v tomto prípade, kognitívno-behaviorálnu psychoterapiu. Súčasťou zvládnutia úzkostnej poruchy je aj úprava životného štýlu, opatrenia pre kvalitný spánok, pravidelné cvičenie a pohyb v prírode, vyhýbanie sa látkam zvýrazňujúcim úzkosť ako kofeín, nikotín, či dokonca nelegálne drogy. Skrotenie hladiny krvného cukru pravidelnou vyváženou stravou 3x denne, namiesto vynechávania jedla a konzumácie ultraspracovaných potravín. Včasnou liečbou úzkostnej poruchy zabránime progresii ochorenia, petrifikácii príznakov a vážnym sociálnym a ekonomickým dôsledkom. Vo väčšine prípadov farmakoterapia v kombinácii s kognitívno-behaviorálnou psychoterapiou dokáže podstatne zlepšiť kvalitu života pacientov s úzkostnou poruchou.

1. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. World J Biol Psychiatry. 2023 Feb;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35900161.
2. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D: Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017 Jun;19(2):93-107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow.
3. DSM-5 Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch. American Psychiatric Association. Hogrefe, Praha 2015.
4. Mohr P. Klinická psychofarmakológia. Maxdorf 2025.

Nová éra v liečbe myasténie gravis

MUDr. Ludmila Štegenová
Neurologická klinika UNLP Košice

Úvod

Liečba myasténie gravis (MG) prešla v poslednom desaťročí zásadným vývojom. Z ochorenia, ktoré sme mohli ovplyvniť prevažne symptomatickou a nešpecifickou imunopresívnu terapiou, sa stáva diagnóza s dostupnými modernými, cielene pôsobiacimi liekmi. Umožňujú zasiahnuť do mechanizmov, ktoré sa podieľajú na imunopatogenéze ochorenia a zodpovedajú za patologickú slabosť svalov typickú pre MG. Napriek tomu zostáva konvenčná liečba zlatým štandardom a mnohým pacientom poskytuje dlhodobú stabilizáciu klinického stavu. Nová éra však prináša možnosť efektívnej pomoci tam, kde konvenčná terapia nestačí.

K základným liekom, ktoré sa pri MG používajú už celé roky, patrí pyridostigmín – inhibitor acetylcholinesterázy zabezpečujúci okamžité, aj keď krátkodobé zmierňovanie svalovej únavy. Kortikosteroidy a imunopresíva ostávajú hlavným pilierom dlhodobej kontroly ochorenia, no ich účinnosť býva často sprevádzaná nežiaducimi účinkami a nástup terapie býva neraz pomalý. Plazmaferéza či intravenózne imunoglobulíny poskytujú rýchlu pomoc pri akútnych zhoršeniach, ich účinok je však krátkodobý a vyžaduje opakované podávanie. Tieto tradičné postupy síce dokážu potlačiť imunitnú aktivitu, no nezasahujú priamo do príčiny autoimunitného procesu. Práve poznanie etiopatogenézy MG otvorilo cestu k úplne novému typu liečby. U väčšiny pacientov sú za poruchu nervosvalového prenosu zodpovedné auto-protiľátky podtriery IgG, najčastejšie namierené proti acetylcholinovým receptorom (AChR). Ich väzba na receptor vedie k jeho funkčnému blokovaniu, poškodeniu postsynaptickej membrány a aktivácii komplementového systému. Nové biologické lieky preto cielene zasahujú práve tieto kľúčové body autoimunitného procesu. Medzi najvýznamnejšie patria inhibitory komplementu, ktoré zabraňujú poškodeniu nervosvalovej platničky následkom imunitnej reakcie. Ekulizumab a jeho dlhodobé pôsobiaci nástupca ravulizumab blokujú komplementový faktor C5, čím zastavujú kaskádu vedúcu k deštrukcii postsynaptickej membrány. U pacientov s AChR-pozitívnu formou ochorenia dokážu tieto lieky priniesť výrazné zlepšenie svalovej sily, znížiť počet exacerbácií a obmedziť potrebu záchranej liečby či hospitalizácií. Ich účinok býva stabilný a pacienta menej zatažuje, keďže ravulizumab umožňuje podávanie v predĺžených intervaloch.

Ďalšiu zásadnú skupinu moderných terapií tvoria inhibitory receptorov FcRn. Tieto receptory zodpovedajú za „recykláciu“ imunoglobulínov a predlžujú ich dobu prežívania v organizme. Blokáda FcRn spôsobí, že hladina cirkulujúcich IgG – vrátane patogénnych auto-protiľátok – klesá rýchlejšie než za fyziologických podmienok. Efgartigimod a rozanolixizumab tak dokážu v priebehu niekoľkých dní až týždňov zreteľne zmierniť symptómy MG. Sú účinné nielen u pacientov s protiľátkami proti AChR, ale rozanolixizumab aj pri MuSK-pozitívnej forme ochorenia, a predstavujú novú alternatívu pre chorých, ktorých stav nereaguje na konvenčnú terapiu alebo ju zle tolerujú. Moderné, cielene pôsobiace lieky sa preto podávajú predovšetkým pacientom s generalizovanou, stredne ťažkou a ťažkou MG, ktorí napriek štandardnej liečbe zostávajú symptomatickí alebo majú opakované zhoršenia. Indikované sú aj v prípadoch, keď imunopresíva nie je možné použiť pre intoleranciu, nežiaduci profil alebo komorbiditu. Voľba konkrétneho lieku závisí od typu auto-protiľátok, celkového stavu pacienta, odpovede na predchádzajúcu liečbu a dostupnosti jednotlivých prípravkov. Dôležitú úlohu zohráva aj individualizácia dávkovania a priebežné hodnotenie klinického prínosu.

Významným dôkazom účinnosti týchto liekov je aj ich vplyv na klinické skóre využívané pri hodnotení priebehu ochorenia. MG-ADL (*Myasthenia Gravis – Activities of Daily Living*) je dotazník zameraný na každodenné funkčné schopnosti pacienta – hodnotí žuvanie, prehĺtanie, dýchanie, reč, schopnosť zdvíhať končatiny či udržať otvorené oči a prítomnosť diplopie. Už počas prvých týždňov liečby dochádza u väčšiny pacientov k významnému poklesu MG-ADL, čo znamená zlepšenie schopnosti vykonávať bežné denné aktivity, ktoré pred liečbou predstavovali zásadný limit. Podobne sa zlepšuje aj QMG skóre (*Quantitative Myasthenia Gravis Score*), objektívny nástroj hodnotiaci svalovú silu pomocou štandardizovaných testov – od držania hlavy, cez zdvíhanie končatín až po vitálnu kapacitu pľúc. Moderné biologické lieky dokážu QMG znížiť o niekoľko bodov už v raných fázach liečby, čo sa v klinickej praxi prejavuje citelným a merateľným zlepšením svalovej funkcie.

Terapia cielene biologikami sa preto indikuje najmä pacientom so stredne ťažkou až ťažkou generalizovanou MG, ktorí napriek štandardnej liečbe zostávajú symptomatickí. Uplatňuje sa aj v prípadoch, keď je konvenčná liečba zle tolerovaná alebo kontraindikovaná. Výber konkrétneho lieku závisí od typu auto-protiľátok, klinického priebehu a očakávaného profilu účinku.

Doterajšie skúsenosti ukazujú, že nové terapie prinášajú pacientom nielen subjektívne zlepšenie, ale aj objektívne merateľné výsledky podporené MG-ADL a QMG skóre. To je dôvod, prečo môžeme hovoriť o prelomovej zmene v prístupe k liečbe MG. Moderné biologiká neznamenajú nahradenie tradičných metód, ale ich prirodzené doplnenie a posun smerom k presnejšej, efektívnejšej a šetrnejšej liečbe. Pacientom tak ponúkajú skutočnú šancu na stabilné, kvalitné a individualizované zvládanie ochorenia – a robia budúcnosť liečby myasténie gravis optimistickejšou než kedykoľvek predtým. Očakávania od týchto moderných terapií sú vysoké – a doterajšie skúsenosti ukazujú, že oprávnené. Pacienti často hlásia výrazné zlepšenie MG-ADL - dennej výkonnosti, pokles únavy a návrat k aktivitám, ktoré boli pred liečbou ťažko zvládnuteľné. Znižuje sa potreba vysokých dávok kortikosteroidov, čím klesá riziko ich dlhodobých komplikácií. Mnohí pacienti dosahujú lepšiu stabilizáciu ochorenia, menej exacerbácií a celkovo vyššiu kvalitu života. Ide o posun, ktorý odborníci označujú za najvýznamnejší krok v liečbe MG za posledné desaťročia. Nová éra v terapii myasténie gravis neznamená nahradenie doterajších metód, ale ich prirodzený vývoj smerom k väčšej presnosti, efektivite a šetrnosti. Zatiaľ čo konvenčná liečba ostáva dôležitým pilierom, biologické lieky prinášajú možnosť cielenej intervencie, ktorá adresuje samotnú podstatu ochorenia. Vďaka tomu majú pacienti s MG po prvýkrát reálnu šancu na dlhodobú, kvalitnú a individualizovanú kontrolu svojho ochorenia – a pohľad na budúcnosť je optimistickejší než kedykoľvek predtým.

INZERCIA



OBEC Zemianska Olča

**hľadá lekárov do obnovených priestorov
Zdravotného strediska v Zemianskej Olči,
ktoré sú vybavené novým zariadením,
nasledovnej špecializácie:**

RÁDIOLÓG

Prevádzkovanie rádiologickej a mamografickej ambulancie
(od 4 hodín / týždeň)

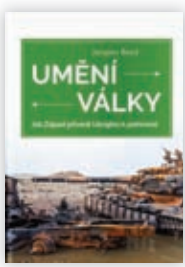
VŠEOBECNÝ LEKÁR PRE DOSPELÝCH

Prevádzkovanie ambulancie všeobecného lekára pre dospelých
(od 20 hodín / týždeň)



Obec hľadá partnerov - lekárov, ako prevádzkovateľov ambulancií, formou dlhodobého prenájmu vhodných priestorov v miestnom zdravotnom stredisku (10 rokov alebo podľa dohody), ktoré sú zariadené novými najdôležitejšími zariadeniami pre príslušnú špecializáciu, za výhodných finančných podmienok. Obec Zemianska Olča sa nachádza v Nitrianskom kraji, v západnej časti okresu Komárno, asi 80 km od Bratislavy a má 2 300 obyvateľov. Je vlastníkom zrekonštruovaného Zdravotného strediska, s nebytovými priestormi a vybavením na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V spádovej oblasti špecializovaných ambulancií žije asi 10 000 obyvateľov. K dlhodobým prioritám obce je skvalitňovať a rozširovať služby v oblasti zdravotnej starostlivosti pre obyvateľov. Obec tiež ponúka budúcim lekárom – partnerom možnosť riešenia ich bývania. Pre osobné stretnutie, obhliadku alebo ďalšie informácie prosím kontaktujte našu obec, resp. starostu obce na telefónnom čísle 0907/ 800 943 alebo na emailovej adrese: info@zemianskaolca.sk.

Nové knihy



Jacques Baud
Umění války
Nakladateľstvá Lukáš a syn s.r.o.
Rozsah: 392 s.

Jacques Baud, bývalý plukovník švajčiarskej strategickej rozvedky a vedúci oddelenia politiky a doktrín v Úrade pre vojenské záležitosti Odboru mierových operácií OSN, sa vo svojej knihe snaží o obnovenie rovnováhy v informáciách, ktoré západné médiá zámerné falšujú. Vo svojej knihe kriticky rozoberá západný výklad rusko-ukrajinského konfliktu a upozorňuje na systematické skresľovanie informácií zo strany politikov a médií. Ponúka pohľad na vojnu z perspektívy ruskej logiky a varuje pred dôsledkami nepochopenia reality konfliktu. Z pohľadu Západu je priebeh rusko-ukrajinského konfliktu závislý od naratív, teda príbehu, ktorý rozprávajú západní politici a médiá. Od začiatku ruskej operácie na Ukrajine vytváralo západné líčenie udalostí falošný pocit nadradenosti, ktorý viedol Ukrajinu k podceneniu reálnej ruskej hrozby. Novinárom sa darí popierať dokonca aj tie informácie, ktoré prinášajú ukrajinskí novinári – pohodlne usadení vo svojich redakciách robia všetko pre to, aby sa predložil konflikt a aby boli marené životy. A táto zodpovednosť siaha ešte pred 24. február 2022. Západní politici, médiá a vojenský „odborníci“ doslova vohnali Ukrajinu do konfliktu tým, že jej upreli akúkoľvek možnosť vyjednávania, ale presvedčili ju, že Rusko je protivník, ktorého je schopná poraziť. Ako píše autor, chová nádej, že jeho kniha pomôže Ukrajincom a Rusom uvedomiť si, ako nečestné sa k nim správali. Dnes sa západný príbeh tvárou v tvár faktom postupne rúca a to, čo bolo v roku 2022 označované za konšpiráciu, sa stalo skutočnosťou.



Peter Valo
Dlhá cesta domov
Vydavateľstvo Spolku slovenských spisovateľov, 2026
Rozsah: 160 s.

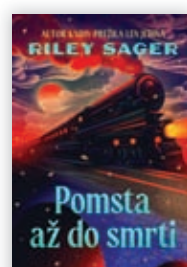
Spisovateľ Peter Valo zaznamenáva príbeh otca Antona Hlinku pri rozhovoroch u salezianov na bratislavskej Miletičke. Stručný osud tohto významného kňaza a spisovateľa zverejnil v knižke publicistických medailónov Nezostalo po nich ticho 3. Pre komplexnejší pohľad na túto osobnosť knižku plnú epizód z Hlinkovho života DLHÁ CESTA DOMOV doplnil o spomienky Hlinkových priateľov prof. Milana S. Ďuricu, Ing. Júliusa Bindera a ThDr. Jána Košiara. Po prečítaní tejto knižky zistíme, že Hlinkove myšlienky sú aktuálne stále: „Tí, ktorí sú zodpovední za spoločné dobro, musia postihnúť tých, ktorí ohrozujú nespravodlivosťou, lžou, protiprávnym postupom, nemravným správaním spoločenské dobro alebo dobro jednotlivých občanov. Ak vládca nezaujíma postoj voči nespravodlivosti, násiliu, zločinom, vypomstí sa to na spoločnosti a národe tým, že zlo bují a narastá do takých rozmerov, že usporiadaný život v spoločnosti sa vážne ohrozi, alebo nie je viac možný. Po každom narušení spravodlivosti musí nasledovať sankcia, aby sa nadobudla nová rovnováha a aby sa dal exemplárny príklad tým, ktorí bez dozoru spoločenských orgánov postupovali od jedného násillia k druhému, od jednej nespravodlivosti k druhej.“



Aleš Karmazin
Nová éra
Nakladateľstvá Lukáš a syn s.r.o.
Rozsah: 392 s.

Kniha ponúka zrozumiteľný a analytický pohľad na politický projekt Si Ťin-pchinga a premenu čínskej domácej i zahraničnej politiky od roku 2012. Zameriava sa na zdroje moci, ideológiu, strategické dilemy i kľúčové témy, ktoré formujú súčasnosť a budúcu podobu Číny.

Po svojom nástupe do čela Číny Si Ťin-pching predstavil heslo „čínskeho sna“, ktoré následne spojil so snahou o vytvorenie „novej éry“. Na pozadí týchto predstáv začal premieňať rad do tej doby platných a kľúčových princípov čínskej domácej i zahraničnej politiky. Cieľom tejto knihy je charakterizovať podobu politického projektu Si Ťin-pchinga a jeho všeobecnú politickú stratégiu od roku 2012 až do súčasnosti. Kniha analyzuje vstupné predpoklady, kľúčové voľby a dilemy, ktoré jeho vládu charakterizujú, a to v oblastiach týkajúcich sa organizácie čínskej politiky, ideológie, zdrojov moci a jej projekcie. Publikácia tak pokrýva množstvo zásadných tém, ktoré určujú súčasnosť i budúcnosť Číny. Patrí medzi ne napríklad koncentrácia osobnej moci Si Ťin-pchinga, vzťah k Taiwanu a ďalším kľúčovým záujmovým oblastiam, prístup k medzinárodnému poriadku či snaha o štrukturálne ekonomické reformy. Zároveň poukazuje na podobnosti aj odlišnosti Si Ťin-pchingovej vlády v porovnaní s predchádzajúcimi čínskymi vodcami, predovšetkým Mao Ce-tungom a Teng Siao-pchingom.



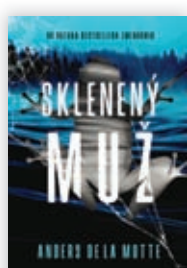
Riley Sager
Pomsta až do smrti
Vyd.: Dot.Vydavateľstvo 2026
Rozsah: 360 s.

V roku 1954 nastúpil Anna Mathesonová do luxusného nočného vlaku smerujúceho do Chicaga. So sebou si nesie zoznam mien a túžbu po pomste. Pred dvanástimi rokmi, uprostred druhej svetovej vojny, šest ľudí roztrhlo jej rodinný život na kusy. Teraz ich pod falošnou identitou všetkých zhromaždí na jednom mieste – vo vlaku, z ktorého niet úniku. Jej plán je jednoduchý a nemilosrdný. Prinútiť všetkých čeliť minulosti, odhaliť tajomstvá pochované časom a nechať ich zaplatiť za ich činy. Lenže ešte pred svitaním je jeden z cestujúcich zavraždený. A Anna pochopí, že v tomto vlaku nie je jediná, ktorá má tajomstvá... ani jediná, ktorá túži po pomste. Ako sa vlak rúti do ľadovej noci, Anna sa musí presekávať vrstvami klamstiev, zrútať cenu odplaty a zmazať hranicu medzi obetami a vinníkmi. Napokon musí urobiť nemožné – ochrániť ľudí, ktorých nenávidí. Pretože niekto na palube má jediný cieľ – na konečnú stanicu sa nesmie dostať nikto. Ani ona.



Paul C. Brunson
Dokonalá láska neexistuje
Vyd.: Dot.Vydavateľstvo 2026
Rozsah: 316 s.

„Mnoho ľudí verí vňom, ktoré bývajú príčinou nespokojnosti a rozhodov. Táto kniha predostiera pravdivý obraz o vzťahoch a prináša praktické nástroje, vďaka ktorým dokážete budovať trvácne a šťastné vzťahy.“ PAUL C. BRUNSON. Dokonalá láska neexistuje je ako biblia vzťahov, podložená vedeckým poznaním, štúdiami a praktickými nástrojmi. Paul sa v nej zameriava na najčastejšie mýty, príčiny konfliktov a výzvy, s ktorými sa páry vo vzťahoch stretávajú, a ukazuje, ako ich zvládať s väčším porozumením a istotou. Vďaka tejto knihe zistíte, že úprimnou a otvorenou komunikáciou, vzájomným rešpektom, schopnosťou riešiť nezhody a spoločným úsilím si dokážete spokojný vzťah vybudovať naozaj každý.



Anders de la Motte
Sklenený muž
Vyd.: Dot.Vydavateľstvo 2026
Rozsah: 560 s.

Inšpektorka Leonore Askerová si ešte nezvykla na novú pozíciu šéfy oddelenia pre stratené duše, keď sa jej po rokoch

mlčania ozve otec. Na jeho Farme sa našlo telo bez očí, polícia mu je v pätách a on zúfalo žiada Leo o pomoc. No je to otec naozaj taký nevinný, ako tvrdí, alebo sa ju opäť pokúša vťahnúť do pavučín svojich lží? Medzitým Martin Hill odchádza na odlahlé púštno, aby napísal biografii podnikateľa Gunnara Irvinga. Súčasťou statku je aj súkromný ostrov s opustenou astronomickou hviezdárňou. Hill však čoskoro zistí, že statok ukrýva oveľa viac tajomstiev – príbehy o tajomných svetlách a zmrzačených telách. Kým Askerová a Hill hľadajú odpovede, Sklenený muž vstupuje z hĺbín temnoty, odkiaľ niet pre nikoho návratu. Nikoho okrem neho.



Jon Fogel
Rodičovstvo bez trestov
Vyd.: Lindeni, 2026
Rozsah: 248 s.

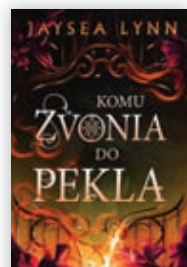
Každý rodič zažije ten bolestivý moment precitnutia, keď si povie: Musí predsa existovať lepší spôsob výchovy detí ako neúčinné kričanie, vyhrážky, podplácanie či tresty. Jon Fogel – výchovný poradca, pastor a otec štyroch detí – vďaka tomuto uvedomeniu našiel cestu k celistvosti: pochopeniu samého seba a porozumeniu tomu, ako funguje mozog. Dnes pomáha rodičom vychovávať deti tak, aby žili fyzicky, mentálne a emocionálne zdravý život. Stal sa inšpiráciou pre viac ako milión ľudí po celom svete, ktorí sa snažia byť tými najlepšimi možnými rodičmi pre svoje deti.

Na stránkach knihy Rodičovstvo bez trestov, plných najužitočnejších poznatkov z výskumu v oblasti vývoje psychológie detí, neurológie a pediatrie, sa čitatelia stretnú s príbehmi rodín, ktoré sa naučili používať nástroje vychádzajúce z metódy celostného rodičovstva. Ich výsledkom je partnerská spolupráca medzi rodičmi a deťmi, keď pokoj a empatia vystriedajú krik a tresty.



Helen Fieldsová
Dokonalá lútosť
Vyd.: Lindeni, 2026
Rozsah: 328 s.

E d i n b u r g h ochromili vražedné bombové útoky. Obete sa počítajú v desiatkach a smrť nešetří ani miestne policajné oddelenie. Hlavná inšpektorka Ava Turnerová a inšpektor Luc Callanach však nesmú dovoliť, aby im osobné straty, ktoré utrpeli, zabránili vyšetriať páchateľa. Ako je možné, že nezanecháva nijaké stopy a je vždy o krok pred nimi? Ave s Lucom neostáva nič iné, len ďalej kráčať v ústrety pasci, ktorú ich má zničiť. Najvýbušnejší prípad ich kariéry sa začína a všetko, na čom im kedy záležalo, môže skončiť v troskách.

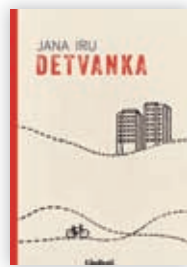


Jaysea Lynn
Komu zvoní do pekla
Vyd.: Lindeni, 2026
Rozsah: 672 s.

Lily nie je vôbec nadšená z príchodu do posmrtného života. No to, čo ju tam čaká, ju poriadne prekvapí. Bohovia postávajú v rade na kávu, víly lietajú medzi ríšami a duše sa snažia spraviť zo svojej smrti nový začiatok. Lily čoskoro zistí, že ju najviac láka miesto, ktorému ju sa väčšina ľudí najradšej vyhla: peklo. Peklo však rozhodne nie je také, aké si ho vždy predstavovala.

Démoni, ktorí pri bráne usmerňujú duše, totiž zúfalo potrebujú pomoc – a Lily vyzbrojená rokmi skúsenosťami z zákazníckej podpory a dávkou sarkazmu si medzi nimi nájde svoje miesto. Potom náhodne stretne Bela –generála démonov s nebezpečne sexy hlasom. Okamžite sa stanú blízkymi priateľmi, no ani jeden nemôže poprieť, že to medzi nimi iskrí, a je len otázka času, kedy plameň vzblí-

ne naplno. Medzitým sa za hranicami ich sveta prebúdzajú niečo temné –ohrozuje to všetko, čo existuje, aj všetko, čo kedy mohlo byť. A oni sa musia pekelné snažiť, aby tomu zabránili.



Jana Iru
Detvanka
Vyd.: Lindeni, 2026
Rozsah: 480 s.

Úprimný príbeh o dospievaní v časovom mikrokosme mestéčka pod Poľanou. V malom meste na prelome tisícročí sa odohráva príbeh dievčata, ktoré sa učí rozumiť svetu, rodine aj sebe samej. Ping-pong, bicykel, cherry cola, sedmové karty, prvé lásky a chvíle, ktoré niekedy boľia, sa striedajú na pozadí vzniku moderného Slovenska. Krajina sa mení, stáva sa súčasťou Európy a na sídliskách v malých mestách sa meníme my. Detvanka je intímny román o miestach, ktoré v nás zostávajú navždy a formujú nás.

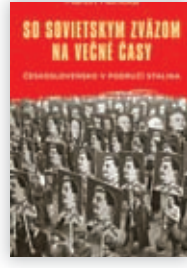


Dominik Dán
Veštica
Vyd.: Slovart, 2025
Rozsah: 344 s.

Detektívi z oddelenia vražd sa už stretli so všetkými možnými aj nemožnými typmi vrahov - muží, ženy, mladí, starí, malí, veľkí, štíhli, tuční, šikovní, hlúpi, nohatí, čapatí, holohlaví, vlasatí, ale aby mal zákerný zabijak postihnúť chrup presne ako jeho obeť, s tým sa ešte nestretli.

Dievča, ktoré vraha stretlo v lese a kruto na to doplatilo. Našiel ju náhodný bežec, ale prišiel neskoro, dievča zraneniam podľahlo, vykvrácalo. Nad jej dobitým zdevastovaným telom žasol aj súkený súdny lekár doktor Lengyel. Dávno sa mu nestalo, aby si nevedel rady a aby si musel na pomoc prizvať konzultanta. Detektívi sa vydali po stopách páchateľa aj napriek tomu, že sa im vrátil na stôl starý prípad strateného syna bohatého rakúskeho podnikateľa, takže sily v kancelárii stoštyridsaťjeden sa museli, ako už neraz, rozdeliť. Sotva sa Chosému a Krauzovi podarilo rozlúsknuť záhadu prvého prípadu, do druhého sa im zamiešala nečakaná pomocníčka - veštica.

So sebaistým úsmevom detektívom tvrdila, že všetky odpovede na ich otázky vie vyčítať z kariet a pomocou kyvadielka odhalí každé tajné miesto. Keď ju vyskúšali, nevychádzali z úžas - potvrdila sa jej predpoveď, že strateného syna nájdu mŕtveho, ale kde je zakopaný mŕtvolu bola ochotná vyveštit až po vyplatení mastnej odmeny od bohatého otca podnikateľa. Zázračná veštica odmenu dostala, kyvadielko ju priviedlo ku kostiam strateného syna, prípad sa na veľkú radosť vešticke mohol skončiť. No šťastie býva vrtkavé, presne ako magické kyvadlo.



Martin Horička
So sovietskym zväzom na večné časy
Vyd.: Slovart, 2025
Rozsah: 352 s.

Kniha historika Martina Horičku mapuje kľúčové obdobie rokov 1945 až 1948, ktoré na ďalšie desaťročia určilo smerovanie Československa. Autor na základe historických prameňov objasňuje, ako sa demokratická, prozápadne orientovaná republika stala po 2. svetovej vojne satelitom Sovietskeho zväzu a prečo sa Česi a Slováci na vyše 40 rokov ocitli u väznení za železnou oponou. Svoju pozornosť nevenuje len zahraničnej politike, ale aj spôsobu, akým si Sovietsi podriadili domáce elity, hospodárstvo a kultúru. Geopolitické dilemy, pred ktorými stálo Československo na začiatku studenej vojny, sú aktuálne aj dnes. My však máme jednu veľkú výhodu - minulosť pre nás môže byť varovaním.



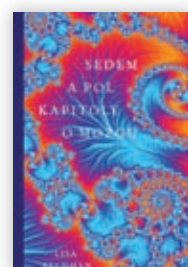
Philippa Gregory
Dobrodružstvo s mamutom (Pravidlá pravej princeznej 3)
Vyd.: Slovart, 2026
Rozsah: 288 s.

Tretia časť detskej série od kráľovnej historických románov Philippy Gregory Pravidlá pravej princeznej: Dobrodružstvo s mamutom zaujme bez ohľadu na vek každé správne dievča. Princezná Florizella síce žije v klasickom rozprávkovom svete, no nie je obyčajná princezná! Spolu so svojim mladším bratom Kuriérom a najlepším kamarátom princírom Benetom zažijú ďalšie nezvyčajné dobrodružstvá. Podarí sa im zachrániť morského hada zo zajatia grófy O' Havnej? Pokazia nebezpečný plán prefikanej Frídy? Alebo im Florizellina najhoršia krstná mama dokáže, že v rozprávkovom svete si naozaj musia dávať pozor na to, čo si želajú?



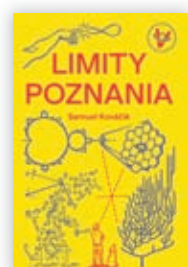
Angela McAllister
Veľká kniha podmorských rozprávok
Vyd.: Slovart, 2026
Rozsah: 128 s.

Ponorte sa do tejto bohato ilustrovanej knihy plnej mýtov, legiend a rozprávok zo všetkých kútov sveta. Všetky sú inšpirované vodou od malých potôčikov po rozľahlé moria, od jemného šumenia dažďa po burácanie vln a od bublajúceho pramienka až po temné hlbiny oceánov. Morské panny, oceánski bohovia, magické ryby a majestátne draky vás prevedú päťdesiatimi príbehmi z rôznych kultúr. Zistíte, ako Maui vytiahol na hladinu ostrov z morského dna, prečo je more slané, ako vznikol ostrov Nová Guinea alebo prečo rieky tečú a nikdy sa nezastavia.



Lisa Feldman Barrett
Sedem a pol kapitoly o mozgu
Vyd.: Slovart, 2026
Rozsah: 168 s.

Zamysleli ste sa už niekedy nad tým, načo máte mozog? Pravdepodobne áno, ale správna odpoveď vás asi aj tak prekvapí: na to, aby hospodáril s vašou telesnou energiou. Renomovaná neurovedkyňa Lisa Feldman Barrett patrí vďaka svojmu revolučnému výskumu medzi percento najčastejšie citovaných vedcov na svete a vo svojej najnovšej publikácii podhaluje, ako funguje najzložitejší orgán ľudského tela. Dozvieme sa, ako mozog vznikol, akú má stavbu a ako ten váš spolu s mozgami iných ľudí vytvára všetko, čo zažívate. Zistíte, že ak chcete lepšie riadiť svoj život, mali by ste zabudnúť na rozvírené mýty, ako je napríklad predstava o jašterom mozgu či údajný spor medzi myslením a emóciami. Kniha Sedem a pol kapitoly o mozgu prináša najnovšie neurovedecké poznatky, ktoré oslovia mozgy nezásvätených čitateľov, ale aj vedeckých veteránov.



Samuel Kováčik
Limity poznania
Vyd.: Slovart, 2025
Rozsah: 260 s.

Zvedavosť a chuť objavovať máme v génoch. Aj preto sa naši predkovia vybrali cez púšte, hory a moria. Chceme vedieť, z čoho sa skladajú atómy, ako funguje rádio, kedy zhasne Slnko. Niektorí sú zvedaví viac, iní menej. Vedci sú ľudia, ktorí zvedavosti zasvätili celý svoj život a snažia sa k nej pristupovať systematicky a zodpovedne. Chcú maximalizovať šance, že na otázky, ktoré ich zaujímajú, nájdu správne odpovede. Táto kniha je o poznaní. O teóriách, o tom, ako poznanie vzniká a čo pre nás predstavuje.



Lenka s prednostom Gynekologickej-pôrodnickej kliniky profesorom Petrom Urdzikom a primárom Neonatologického oddelenia Petrom Krchom.

Lenka rodila s pomocou intervenčných angiológov

V košickom Východoslovenskom ústave srdcových a cievnych chorôb sa udial nezvyčajný pôrod. Prednosta Gynekologickej kliniky Prof. MUDr. Peter Urdzík, PhD., MPH s pomocou primára Kliniky angiológie VÚSCH MUDr. Martina Košča, PhD., MHA a primára Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny MUDr. Tomáša Grendela, PhD., MHA úspešne vykonali mimoriadne rizikový pôrod u tridsaťpäťročnej pacientky s vrastenou placentou.



Rebeka už je doma.

Lenka sa narodila v Košiciach. V rodine boli tri sestry, akoby z titulu Čechovovej hry. Lenka absolvovala Strednú pedagogickú školu.

Nikdy nejako zvlášť nešportovala, akurát chodila do tanečnej. Po maturite začala učiť v materskej škôlke. S terajším manželom, o dva roky starším Tomášom, ktorý študoval vysokú školu technickú, sa zoznámila na stretnutí katolíckej mládeže vo Vyskej nad Uhom v roku 2012. Tieto akcie sa konajú pravidelne v de-

dine, kde pri prechode frontu sovietsky vojak zavraždil teraz už blahoslavenú Anku Kolesárovú. Neskôr sa stretávali v Košiciach. Tomáš, ktorý býval na internáte, si našiel podnájom. Lenka s ním bola vo Viedni, keď tam ako študent absolvoval doktoradské štúdium. V roku 2017 bola svadba. Tomáš pracuje ako programátor.

V roku 2018 prišla na svet dcérka Julka a v roku 2020 synček Patrik, ktorý sa narodil v bratislavskej detskej nemocnici.

Počas tehotenstva mu zistili problémy zo srdiečkom. Obe deti prišli na svet cisárskym rezom. Pred prvým Lenke odtiekla plodová voda a dieťa bolo otočená panvou dopredu. Pri druhom sa to zopakovalo. Obaja nevedia o tom, že by mali v rodine takýto komplikovaný pôrod.

Lenka s Tomášom berú svoje deti ako Boží dar. S láskou si uchovávajú všetko, čo s nimi zažili. Raz sa s nimi vybrali na výlet do lesa a zrazu, ešte cez deň, sadla hustá hmla, že nebolo vidno ani na krok. Julka zastala a začala si nešťastne trieť očka. Vydesená im povedala, že sa hrozne bojí, lebo prestáva dobre vidieť. Chúda, prelakla sa, že sa jej niečo stalo so zrakom! Dlhú ju museli upokojovať, že to sú len mraky a že je zdravá. Ale to najvtipnejšie prišlo až večer. Už sa začalo stmievať, keď sa ponáhľali na autobus, aby stihli prísť na hotel.

Takmer bežali! Julka sa uprostred cesty zastavila a začala strašne plakať. Mama aj otec sa prelakli, či si nejako neublížila. Ona s vážnou tvárou povedala: „Ale maminka, veď už je tma, a ja tu nemám posteľ.“

Lenka s Tomášom sa rozosmiali. Báli sa, aby im neušiel autobus, a ona mala jedinou starosť, kde bude spať, keď už nesvieti slnko. Pre ňu to bola hrozne vážna vec, oveľa dôležitejšia než nejaký autobus. Ten im samozrejme

Počas dvojhodinovej operácie zistili, že placenta celkom zarastla do matrice, preto ju museli vybrať celú. Na druhý deň jej prišli na polhodinu ukázať dcérku Rebeku. Povedali jej, že stratila len liter krvi.

ušiel. S úsmevom si povedali, že majú poriadnu dcérku, ktorá vie, že keď príde tma, patrí do postele.

V apríli minulého roka Lenka otehotnela znovu

Poctivo chodila na kontroly gynekológovi Petrovi Linkeschovi. Spočiatku to vyzeralo tak, že je všetko v najlepšom poriadku. Tak to bolo aj pri prvom trimestrálnom skríningu. Pred druhým, okolo dvadsiateho týždňa jej lekár povedal, že má nízko položenú placentu. Zároveň ju utešoval: „Neľakajte sa, nejako to budeme riešiť. A možno sa nám placentu podarí posunúť vyššie.“

Gynekológ ju poslal na morfológický ultrazvuk do Centra fetálnej a gynekologickej diagnostiky k doktorovi Pavlovi Juhásovi. Tomu sa zdalo, že nízko padnutá placenta zarastá do jazvy po niektorom z predošlých cisárskych rezov a vypísal jej žiadosť na magnetickú rezonanciu do Železničnej nemocnice.

Diagnóza sa potvrdila

V tej chvíli jej bolo jasné, že zase bude musieť znovu poro-



Dcérka Julka s Rebekou.

diť cisárskym rezom. Doktor Linkesch zatelefonoval prednostovi Gynekologicko-pôrodnickej kliniky profesorovi Petrovi Urdzíkovi, že má pacientku, u ktorej môže pri pôrode nastať veľmi silné krvácanie. Prednosta ju vyšetřil a urobil všetko preto, aby boli v nemocnici pripravení

Rodina počas Vianoc očakávala ďalšiu ratolesť.



FOTO: L.L. archiv VUSCH, archiv P.K.

na predpokladané komplikácie. Začal svoju pacientku pravidelne sledovať.

Týždeň pred pôrodom začala krváčať, preto ju urgentne prijali na kliniku. Profesor Urdzík jej vysvetlil, že pri tejto diagnóze treba počítať s veľkými stratami krvi, a tak sa rozhodli, že by bolo najlepšie, keby rodila vo Východoslovenskom ústave srdcových a cievnych chorôb. Tam by mohli zabezpečiť, aby krvácanie nebolo také rozsiahle.

Vysvetlil jej, že intervenční angiológovia dokážu tesne pred samotným pôrodom prechodne

uzatvoriť pomocou balónikov zavedených do panvovej tepny prírod krvi do malej panvy. Strach, ktorý ju ovládal predtým, ustúpil. Z profesora sálala istota a ona odrazu cítila, že je v dobrých rukách a lekári urobia všetko, aby to dopadlo čo najlepšie.

V stredu ju priviezli do VÚSCH-u

Počas dvojhodinovej operácie zistili, že placenta celkom zarastla do maternice, preto ju museli vybrať celú. Večer ju s dieťaťom previezli na gynekologickú kliniku. Na druhý deň jej prišli na

polhodinu ukázať dcérku Rebeku. Povedali jej, že stratila len liter krvi, hoci predpokladali, že by toho pri takomto zákroku mohlo byť dva a pol litra aj viac. Na druhý deň ju postavili na nohy. Spočiatku jej pomáhali chodiť sestričky. Bolo to síce bolestivé, ale všetko zvládala s vierou, že zajtra bude lepšie. Pochvaľuje si výbornú starostlivosť lekárov aj sestier.

Po piatich dňoch ju previezli domov. Na kontroly chodí podľa potreby. Doma bol vždy niekto pri nej. Lenkina mama a manžel Tomáš mesiac robili všetko

preto, aby sa mohla čo najviac šetriť. Mesiac po pôrode začala pri krátkom oddychu zvládať bežné domáce práce.

Príchod Rebeky znamenal veľkú zmenu. Deti Julka a Patrik chceli byť pri všetkom, čo sa dialo okolo Rebeky, a pomáhali v rámci svojich možností. V obývačke asistovali aj pri príprave kúpeľa a upratovaní po ňom. Keď chcel otec odnieť vaničku nazad do kúpeľne, Patrik v návale pracovnosti otvoril výpustný ventil. Chvíľu im trvalo, kým zastavili vodopád valiaci sa na koberec, ale

s odstupom času považujú menšiu domácu povodeň za úsmevný moment spojený s príchodom ďalšej dcéry. Predtým chodievali na výlety do Trinity hotelov. Po Senci a Tatrách by sa teraz už aj s Rebekou radi vybrali do Hotela Sitno. Julka a Patrik sa radi prevezú na bicykli. Lenka uvažuje o tom, že sa časom k nim pridá.

PETER VALO

Spisovateľ, publicista



Úspešná spolupráca odborníkov z dvoch nemocníc



Kompletný operačný tím: (zľava) angiológ prim. Martin Koščo, gynekológ a pôrodník doc. MUDr. Rastislav Dudič, vzadu prim. MUDr. Tomáš Grendel, v zelenom plášti prof. Peter Urdzík, PhD.



MUDr. Tomáš Grendel, PhD., MHA. (nar. 1983 v Revúcej)

Primár Kliniky anesteziológie a intenzívnej medicíny VÚSCH a.s. Košice

Lekársku fakultu ukončil v roku 2008 na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Od roku 2008 Pracoval na I. KAIM UNLP v Košiciach ako sekundárny lekár. V roku 2013 odišiel do VUSCH a.s. Košice kde pracuje dodnes. V roku 2013 obhájil titul PhD., atestáciu v odbore anesteziológia a intenzívna medicína získal v roku 2014. Od roku 2018 pracoval vo funkcii hlavného lekára na úseku anestézie vo VUSCH a.s. Zúčastnil sa na študijných pobytoch v Česku, Belgicku a Nemecku. Špecializuje sa na vedecko-výskumnú činnosť anesteziológii a intenzívnej medicíny, jeho hlavným zameraním sú mechanické cirkulačné podpory obehu. Je autorom a spoluautorom viacerých pôvodných vedeckých a odborných prác publikovaných v zahraničných i domácich časopisoch, učebných textov, abstraktov príspevkov zo zahraničných i domácich konferencií. Je členom odborných spoločností SSAIM a SAMMO ktorej je zároveň aj podpredsedom. Od roku 2022 pracuje aj ako odborný asistent na LF UPJŠ Košice a od roku 2025 vykonáva funkciu primára na KAIM VUSCH a.s.

PU: Prečo ste sa rozhodli požiadať o spoluprácu VÚSCH?

Naše rozhodnutie vykonať plánovaný cisársky rez pri komplikácii nadmerne vrastenej placenty v spolupráci s VÚSCH na hybridnej operačnej sále, bolo na základe faktu, že práve intervenčná liečba zohráva kľúčovú úlohu pri zvládnutí takejto komplikácie najmä v dôsledku zníženia masívneho krvácania a eventuálnej podpore záchranu maternice.

P.U: Ako prebiehala operácia v porovnaní s predošlými?

V porovnaní s bežne vykonávaným cisárskym rezom bol rozdiel v rámci samotnej prípravy. Po uložení rodičky na operačný stôl zaviedol najprv intervenčný angiológ balónové katétre do ilických tepien ešte pred začatím pôrodnického výkonu, čo umožnilo okamžitú kontrolu krvácania.

Takýto postup umožní na jednej strane pokus o záchranu samotnej maternice (nie vždy je to možné) a na strane druhej zlepšenie operačných podmienok pre pôrodníka. Operatér má lepší prehľad o operačnom poli, pretože nie je zatienené masívnym krvácaním, čo zvyšuje bezpečnosť celého zákroku. Samozrejme takýto postup vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu intervenčného angiológa/rádiológa, anesteziológa a pôrodníka, čo zvyšuje bezpečnosť pre matku a dieťa a mal by byť súčasťou modernej liečby tehotných žien s patologicky vrastenou placentou (placenta accreta spectrum – PAS).

T.G: Ako vyzerala príprava pacientky na samotný zákrok?

S pacientkou sme sa osobne

stretli až ráno v deň samotného cisárskeho rezu. Samotná predanestéziologická príprava bola vykonávaná ešte v UNLP a významne sa nelíšila od bežnej prípravy pacientky pred plánovaným cisárskym rezom. Vzhľadom na vysoké riziko krvácania počas operačného výkonu bola súčasťou prípravy aj stabilizácia anémie a objednanie štyroch erytrocytárnych prípravkov k operačnému výkonu.

T.G. V čom bola špeciálna?

Pre náš tím to bol veľmi špeciálny výkon a to nielen jeho charakterom ale aj multiodborovou spolupracou troch špecializácií. Na našom pracovisku sme vykonali už niekoľko pôrodov cisárskym rezom u pacientiek s výrazným kardiovaskulárnym rizikom, či kardiálnym zlyhaním. Zväčša sa ale jednalo o pacientky po operácii srdcovej chlopne v spojení so závažnou kardiovaskulárnou komplikáciou vzniknutou počas tehotenstva.

Najväčšou výzvou pre nás ako anesteziológov bol v tomto prípade monitoring vitálnych funkcií pri predpokladanej výraznej strate krvi v čase od začatia cisárskeho rezu až po úspešný angiologický zákrok. V tomto období potrebujeme prísne monitorovať krvný tlak a samotnú hemodynamiku, efektivitu srdcového výdaja cez invazívny arteriálny vstup a intenzívne nahrádzať straty kryštaloïdnými roztokmi a krvnými derivátmi.

To sa nám nakoniec aj podarilo a pacientka sa po úspešnom zákroku zobudila bez ťažkostí. Stabilizovaná bola preložená na gynekologickú kliniku.

PU: V akom stave ste prijali pacientku?

Pacientku sme prijali v 37. týždni gravidity ako plánovanú hospitalizáciu pre počas tehotnosti zistenú patologickú inerciu/vrastenie placenty – placenta accreta spectrum. V čase prijatia bola pacientka bez ťažkostí, rast dieťaťa, ako aj jeho stav v maternici bol fyziologický.

PU: Stretávali ste sa pre s takouto komplikáciou?

Gravidity komplikované patologickým prerastaním placenty počas tehotnosti sa na našom pracovisku vyskytujú priemerne raz dvakrát za rok.

PU: Ako prebiehali takéto pôrody predtým?

V prípade tehotností, ktoré sú

komplikované patologickým prerastaním placenty do steny maternice je veľmi dôležité, aby táto komplikácia bola zistená, resp. vyslovené podozrenie už počas prenatalného skriningu.

V takomto prípade je potom možné tieto pacientky plánovane prijať do pôrodnice, zvyčajne ešte v čase pred rozvojom krvácania, resp. pôrodnej činnosti. Takýto postup znižuje riziko závažného peripartálneho krvácania.

Najhorší scenár pre samotnú rodičku je situácia, pri ktorej dôjde ku diagnóze prerastenej placenty až počas samotného pôrodu, resp. tesne po ňom.

Zvyčajne sú tieto pôrody bez ohľadu na fakt, či bola prerastená placenta zistená pred/počas pôrodu komplikované nadmernou

krvnou stratou (dva až tri litre, niekedy aj viac), s nutnosťou vykonať peripartálnu hysterektómiu. Medzi ďalšie komplikácie najmä v prípadoch prerastenia placentárneho tkaniva do okolitých orgánov býva poranenie močového mechúra (s jeho následnou rekonštrukciou) eventuálne čreva.

Veľmi často musí pôrodník počas operácie, po vybavení dieťaťa odstrániť maternicu, čo je často komplikované masívnym krvácaním. Na zníženie jeho intenzity je často nevyhnutné vykonať podviazanie vnútornej hypogastrickej artérie, ktoré zníži krvný prietok v malej panve. Tento výkon je často obtiažne vykonať pre objemnú maternicu, niekedy je možné ho vykonať až po jej odstránení.



MUDr. Peter Urdzík, PhD., MPH. (nar. 1972 v Košiciach)

Prednosta Gynekologickej kliniky

Lekársku fakultu ukončil v roku 1997 na Univerzite Komenského v Bratislave. Od roku 2002 pracuje v UNLP Košice. I. a II. atestácia v špecializačnom odbore Gynekológia a pôrodnictvo (2000, 2004). Atestácia v subspecializácii Gynekologická urológia (2007), atestácia v subspecializácii Onkológia v gynekológii (2025). V roku 2011 atestoval ako manažér vo verejnom zdravotníctve – MPH. V roku (2021) ho prezidentka republiky vymenovala za profesora v odbore Gynekológia a pôrodnictvo. Gynekologicko-pôrodnickú kliniku, na ktorej sa v minulom roku narodilo viac ako tisícdeväťsto detí, vedie ako prednosta UNLP a LF UPJŠ v Košiciach od

24. mája 2012. Zúčastnil sa na študijných pobytoch v Česku, Belgicku, Rakúsku, Rusku, Maďarsku, Kanade a inde. Špecializuje sa na vedecko-výskumnú činnosť v urogynekológii, gynekologickej onkológii a endoskopii. Je autorom a spoluautorom dvoch zahraničných monografií, viac ako dvesto pôvodných vedeckých a odborných prác publikovaných v zahraničných i domácich časopisoch, učebných textov, kníh a monografií, viac ako päťdesiat abstraktov príspevkov zo zahraničných i domácich konferencií. Je členom viacerých odborných spoločností a sekcií (SGPS, IUGA, EUGA). Od roku 2018 je viceprezidentom Slovenskej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti, od roku 2023 je predsedom sekcie Gynekologickej urológie SGPS a zároveň prodekanom na LF UPJŠ pre špecializačné štúdium. Je členom odborných skupín na Ministerstve zdravotníctva SR.

V čom spočíva spolupráca s gynekológmi?

M. K.: Oficiálny názov procedúry je: cesarean section with prophylactic bilateral internal iliac artery balloon occlusion – teda cisársky rez s profylaktickou balónovou oklúziou oboch vnútorných panvových tepien. Taký spoločný intervenčný (endovaskulárny) a operačný (gynekologický) postup sa odporúča pri rizikovej placente – konkrétne pri placenta increta a percreta, ktorá je pri pôrode/sekcii riziková na veľké krvné straty až vykrvácanie pacientky s priamym ohrozením života pacientky (rodičky) menej novorodenca. Výkon sa musí prevádzať na hybridnej sále, teda sále s prítomným RTG angiografom a zároveň RTG operačným stolom, ktorý spĺňa všetky podmienky na štandardnú operačnú sálu. A takouto sálou je hybridná sála VÚSCH-u. Celý hybridný (kombinovaný) výkon sa začína endovaskulárnym postupom intervenčného angiológa - obojstranné vpichy slabín a prechod do kontralaterálnych vnútorných panvových tepien, so zavedenými dlhými zavadzачmi, vodičmi a balónmi. Takýto typ intervenčného výkonu je pre našich intervenčných angiológov bežným



MUDr. Martin Koščo, PhD., MHA. (nar. 1973 v Košiciach)

Prímár Kliniky angiológie VÚSCH

Štúdium na Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach ukončil v roku 1997. Nastúpil na interné oddelenie Nemocnice Košice-Šaca k primárovi MUDr. Jozefovi Jarčuškovi, CSc., ktorý mu ukázal krásu internej medicíny. Začal pracovať na oddelení, atestoval z vnútorného lekárstva v roku 2000. Po atestácii sa popri internej medicíne postupne špecializoval na cievne ochorenia. Po ultrazvukových kurzoch cievneho systému začal vyšetřovať a diagnostikovať cievnych pacientov v rámci nemocnice. V odbore angiológie atestoval v roku 2004, po ktorej pracoval ako vedúci interného oddelenia v Nemocnici Šaca a na angiologickej ambulancii v nemocnici, kde sa venoval hospitalizovaným a ambulantným pacientom. Vývoj odboru ho nasmeroval do špecializovaného ústavu VÚSCH a.s. Košice v januári 2010 na novovytvorené angiologické oddelenie patriace v tom čase pod Klinikou kardiológie. Tam sa špecializoval na endovaskulárnu intervenčnú liečbu (pozn. liečba ciev zvnútra, tzv. katétami vpichom do ciev). Oddelenie sa transformovalo na samostatnú Kliniku angiológie, profesne prešiel prácou vedúceho lekára oddelenia až na pozíciu primára Kliniky angiológie LF UPJŠ a VÚSCH, a.s. v Košiciach od roku 2016. Patrí medzi popredných špecialistov v internej medicíne-angiológii, zastáva funkciu krajského odborníka v odbore angiológie ako aj konzultanta a znalca v tomto odbore. Popri členstve vo viacerých odborných lekárskejších spoločnostiach je aktívnym členom Slovenskej angiologickej spoločnosti a predsedom sekcie intervenčnej angiológie. Absolvoval početné štáže a workshopy na rôznych špecializovaných intervenčných pracoviskách v Čechách, Rakúsku, Nemecku, Švédsku a Taliansku. Ako intervenčný angiológ vedie jedno z nosných pracovísk na Slovensku, je jedným z hlavných expertov v intervenčnej angiológii na Slovensku. Hlavnými oblasťami jeho klinického a výskumného záujmu sú diagnostika a intervenčná liečba cievnych ochorení so zameraním na špecializovanú liečbu aortálnych ochorení.

výkonom, ošetrenie panvových tepien sa realizujú u nás denne.

Ako prebieha takýto výkon a v čom je výnimočný?

M. K.: S ohľadom na ochranu pred RTG žiarením rodičky a novorodenca, pracujeme v špeciálnom móde - režime minimálneho RTG zaťaženia, bez nutnosti použitia digitálnej subtrakčnej angiografie, pacientka je nadštandardne chránená pred RTG (hlavne brucho) externými „chráničmi“ žiarenia. Celý proces endovaskulárnej liečby po zavedení nafukovacích balónikov do presnej



Krčok a telo maternice s inváziou placentárneho tkaniva do jeho steny.

pozície prebieha ako prvá metóda, pri plnom vedomí pacientky. Následne pristupuje lekár KAIM VÚSCH s celkovou anestéziou,

po uspatí pacientky nastupuje gynekologický tím s rýchlym prevedením sekcie-pôrodu a novorodenec je odovzdaný do starostlivosti novorodeneckého tímu. Až po „narodení“ dieťaťa (aby nedošlo k nedostatku kyslíka pre dieťa ešte pred narodením) sú nafúknuté balóniky vo vnútorných panvových tepnách (už bez potreby RTG žiarenia) a je prevedené ošetrenie maternice, resp. ak to stav vyžaduje aj hysterektómia (odstránenie maternice) stále pod uzavretím. Operácia prebehla bez významných krvných strát a rýchlo, po ukončení

OP postupu a skúškach na event. krvácanie sú balóniky uvoľnené s otvorením prietoku do malej panvy. Ak nenastane krvácanie po uvoľnení balónikov, pacientka je štandardne operačne uzatváraná a operácia ukončovaná, ukončená aj celková anestéza. Záver výkonu patrí zase intervenčným angiológom s uzáverom miest vstupov do pacientky, tzv. perkutánne – bez potreby operačného uzáveru a je možný transport pacientky na štandardnú pooperačnú starostlivosť na gynekologickú kliniku.

rozhovor pripravil Peter Valo



LEKÁRSKE NOVINY
Mesačník slovenských lekárov
a zdravotníckych pracovníkov

Číslo: 3-4/2026
(marec - apríl)
Ročník IX.
Evidenčné číslo: EV 5695/18
ISSN 2585-9595

Vydavateľ

VEEVENT s.r.o.
Sídlo: Harmónia 3003, 900 01 Modra
Obchodný register Okresného súdu
Bratislava I, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 120127/B
IČO: 50 910 639, DIČ: 2120531853
IČ DPH: SK2120531853
IBAN SK29 7500 0000 0040 2575 0172

Šéfredaktorka

Mgr. Karolína Kolesárová, PhD.

Editor vydania

Mgr. Jozef Dermek

Editor odbornej prílohy

Radoslav Kolesár

Redakcia

Peter Valo, Mgr. Jana Matisová,
JUDr. Jana Pancisynová

Inzercia

Ing. Slavomíra Dermeková
sales@lekarskenoviny.sk

Ing. Miriam Puhová
inzercia@lekarskenoviny.sk

Jazykové korektúry

Mgr. Peter Šarvaic

Layout a grafika

Bc. Miroslav Pekár

Riaditeľ vydavateľstva

Radoslav Kolesár

Email - redakcia:
redakcia@lekarskenoviny.sk
Telefón: +421 917 799 278

www.lekarskenoviny.sk

Upozornenie
Na všetky texty sa vzťahuje autorské právo. Za obsah textov a reklám zodpovedajú ich autori a zadávateľ. Vydavateľ si vyhradzuje právo na skrátenie a formálnu úpravu textov a na ich jazykovú úpravu. Vydavateľ si tiež vyhradzuje právo na umiestnenie inzerčii, reklamných článkov, pokiaľ nebolo ich umiestnenie dohodnuté so zadávateľom. Kopírovanie a rozširovanie textov, grafov a fotografií alebo ich častí je povolené len s výslovným súhlasom vydavateľa. Uverejnené texty, reklamné články a inzercie majú výlučne informatívny charakter a v žiadnom prípade nemôžu nahradiť odborné stanovnenie diagnózy odborným vyšetrením. Vydavateľ nezodpovedá za škody, ktoré by mohli vzniknúť nedodržaním vyššie uvedených povinností a záväzkov.

© VEEVENT s.r.o.

| draa, lla, Jesolia | otliko | 6 | len | ukazov. zámeno | obdielec, po česky | získavanie a zvoz plodín | arrival (skr.) | 1 | metropola štátu Georgia | čínske ženské meno | Kemal, nema, NSAT | podpis ručiteľa na zmenke | 3 | anno Domini | americký štát | Emisná banka (skr.) | dľaň (lek.) | Dietlova televízna sestrička | predložka | schránka na zreby | Ócuki, terem, venir | zväzok obilia | 5 | ohorok | |
|-------------------------|--------------|---|--------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| očividne | | | | | zapálil svetlo | | | | | | čo najskôr | | | | | značka sušeného mlieka | | | | farba na vajčička | | | | | |
| jazzový smer | | | | | Angličania | | | | | | tekutina | | | | | príplatok | | | | | model | | | | |
| hinduist. bohynia obetí | | | | dával dolu ovocie zaves na hák | | | | | | prelud | | | český zápor časť roka | | | popovek | | | močenie (lek.) Xenin kôň | | nápis na hrobch | | | | |
| Lunar orbiter (skr.) | | | vôňa (kníž.) | | | | strašil | | | | | | svietidlo | | | | | zmáčkovač PVC arabský chlieb | | | | | | | |
| osobný vlak (hovor.) | | | poopekaj | | | | zastavenie dýchania zbohom (zastar.) | | | | | turecký básnik | nie dnu | | | | výlet (slang.) francúz. šľachtic | | | | | úder v boxe meno her. Neesona | | | |
| | značka áut | | | | | brána | | | | | súbor slov | obruba | | | | strat sa, po latin. arómy | | | | | liek, po česky plačem (bás.) | | | | |
| zmiešanina | | | | pec, po česky hľupák (expr.) | | | | | rodidiá | | | | | | vstrebalo | | | | | jodid lítia | | | | látka na nohavice | |
| jazyk | | | | pochytaj náš prozaiik (Miloš) | | | | | usušená tráva | | | | | pospevuju | | | | | | | ruh bodliaka edém, po česky | | | | |
| české mesto | | | myšiaky | | | | | základná číslovka | | | | | meno Alexandry | prichádzať, po fran. poskytla | | | | | | očarte | | | | | |
| stará mama (hovor.) | | | | | | | Dopravný úrad | | | | st. trnav. futbalista smerovali (kníž.) | | | | | | odrazu | | | | | | | znižený tón "E" chorobná zúrivosť | |
| šťastie (pren.) | | | | | | | zvon, po angl. jedn. dlžky v Líbyi | | | | osolená | | | | | farebnosť (kníž.) akadem. hodnosť | | | | | | | | | arabské m. meno keltská bohynia |
| | španiel. mys | | | | figúrka v šachu | | | | výzvy (zastar.) | | | | | | junček | | | | | | meno her. Horvátha Pomáda (orig.) | | | | |
| otrava | | | | | chirurgické príštie | | | | | | | | | | hrmotanie | | | | | | | | | | dvorana (zastar.) |
| erbio (zn.) | | | | vydal, po česky obočie (kníž.) | | | | smrteľný vírus chalcedón (odroda) | | | | | lekár v Oriente | | | | | | | | | | | | |
| pes, po rusky | | | | | | | | jap. herec (Takehiro) nemocnič. oddelenie | | | | | pečeň had z Knihy džunglí | | | | | | | | predpona (žlaza) jamajská hudba | | | | český zápor meno her. Taylorovej |
| patriaci obroví | | | | | | Air Natura (skr.) | | | predložka | | obec pri Prievidzi | | | | vydala pukavý zvuk | | | | | | | | | | colný kód pre liter Európska komisia |
| 54 rím. číslicami | | | | | organické sklo | | | | | | | | | | udenársky výrobok | | | | | | | | | | jeho, po nem. lišaj |
| bočná loď baziliky | | | | | zastúpenie, po angl. | | | | | zn. japon. elektro-niky | | | | | klavír v kostole | | | | | | | | | | |

Slovenský zväz háďanok a križovkárov, www.szhk.sk

Autor: J. Farkaš

Znenie tajničky posielajte na adresu: redakcia@lekarskenoviny.sk
Nezabudnite uviesť svoju poštovú adresu pre zaslanie knižnej výhry.

Správne znenie tajničky z LN 1-2/2026: „Každá liečba je márna pokiaľ človek nezmení svoje životné návyky.“

Výhercovia dostanú knižnú odmenu: MUDr. Bochnovičová Ivana, Svidník; MUDr. Irena Remáčová, Sobrance; Dr. Lenka Štatníková, Kováčová; MUDr. Mária Kecerová, Dolný Kubín

slovar



ZELENÝ KOCÚR

premedia



IKAR



JOTA